

**Gull av gråstein?
Evaluering av prosjektet "Kommunehelsetjeneste og
tjenesteyting i utkantkommuner"**

Arild Gjertsen og Terje Olsen

NF-rapport nr. 3/2004

ISBN-nr.: 82-7321-502-4

ISSN-nr.: 0805-4460

REFERANSESIDE

- Rapporten kan også bestilles via nf@nforsk.no

Tittel Gull av gråstein? Evaluering av prosjektet "Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner"	Offentlig tilgjengelig: Ja	NF-rapport nr.: 3/2004
	ISBN nr. 82-7321-502-4	ISSN 0805-4460
	Ant. sider og bilag: 56	Dato: Mars 2004
Forfattere Arild Gjertsen Terje Olsen	Prosjektansvarlig (sign): Terje Olsen	
	Forskningsleder : Trond Bliksvær	
Prosjekt Evaluering av prosjektet "Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner"	Oppdragsgiver Steigen kommune	
	Oppdragsgivers referanse	
Sammendrag Rapporten oppsummerer en følgeevaluering av <i>Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingscenter</i> som Steigen kommune har gjennomført innen helse-, pleie og omsorgstjenestene (1999-2002). Prosjektet handler om å finne nye lærings- og opplæringsmåter for å imøtekomme viktige utfordringer som særlig rammer helse-, pleie- og omsorgstjenestene i norske utkantkommuner.	Emneord Kompetanse Kommune Distriktskommune Helsetjeneste Pleie- og omsorgstjeneste	
	Keywords Competence Municipality Periphery Health care services	
Andre rapporter innenfor samme forskningsprosjekt/program ved Nordlandsforskning	Salgspris NOK 100,-	

Nordlandsforskning utgir tre skriftserier, rapporter, arbeidsnotat og artikler/foredrag. Rapporter er hovedrapport for et avsluttet prosjekt, eller et avgrenset tema. Arbeidsnotat kan være foreløpige resultater fra prosjekter, statusrapporter og mindre utredninger og notat. Artikkel/foredragsserien kan inneholde foredrag, seminarpaper, artikler og innlegg som ikke er underlagt copyright rettigheter.

FORORD

I den perioden denne følgeevalueringen har pågått er det flere personer som på ulike måter har bidratt til at oppgaven har blitt løst på den måten den har blitt. I denne forbindelse vil vi rette en takk til noen av de som har vært viktige i så måte:

Takk til Steigen kommune som ga oss oppgaven med å evaluere deres utviklingsprosjekt. Det har vært et lærerikt og inspirerende prosjekt å følge. Det har alltid vært hyggelig å komme til Steigen hver gang vi har vært på besøk i løpet av prosjektperioden 1999-2002.

Prosjektteamet ved Kvinneuniversitetet Nord har vært den viktigste kontakten mellom oss og kommunen, og alltid gitt oss den informasjonen vi har etterspurt underveis i evalueringen. Takk til dere for god hjelp i denne forbindelse.

Førsteamanuensis Asbjørn Røiseland ved Høgskolen i Bodø formulerte starten på denne evalueringen og har vært en viktig diskusjonspartner for oss underveis. Takk for god hjelp og kritiske innspill. Alle formuleringer og slutninger er likevel forfatternes eget ansvar.

Den aller største takken må likevel rettes til alle de personene som har vært våre informanter i løpet av prosjektet. De har tatt seg tid til å treffe oss i en ellers hektisk arbeidshverdag, og raust lagt ut om sine erfaringer og vurderinger. Tusen takk for alle tolkninger og vurderinger dere har delt med oss på ulike stadier i prosjektet.

Bodø, mars 2004.

INNHold

FORORD	1
SAMMENDRAG	4
SUMMARY	8
1 INNLEDNING	11
1.1 TEORETISK OG METODISK TILNÆRMING.....	12
1.2 OVERSIKT OVER KOMPETANSEPROSJEKTET	15
1.3 HVILKE MÅL HAR PROSJEKTET?.....	18
1.4 ROLLEFORDELING OG FINANSIERING.....	20
2 HVA HAR SKJEDD I PROSJEKTET?	22
2.1 PERSONALPOLITIKK OG OPPLÆRING.....	22
2.2 INTERKOMMUNALT SAMARBEID.....	27
2.3 KOMPETANSEKARTLEGGING.....	28
2.4 FAGDAGER.....	30
2.5 KOLLEGA VEILEDNING.....	31
2.6 SAMORDNING AV TJENESTER.....	32
2.7 SAMARBEID MED EKSTERNE INSTITUSJONER.....	33
2.8 KVINNE- OG LIKESTILLINGSPERSPEKTIVET	35
2.9 ORGANISASJONSENDRINGER.....	36
2.10 ANDRE TILTAK/ AKTIVITETER.....	37
3 KOMPETANSE MOT UTKANTPROBLEMER – EN MEDISIN SOM VIRKER?	38
3.1 STEIGEN SOM HELSEPERIFERI.....	38
3.2 KOMPETANSEPROSJEKTET SOM REKRUTTERINGSVEI.....	41
3.2.1 <i>Et større fagmiljø under samme tak</i>	41
3.2.2 <i>Bedre muligheter for faglig utvikling?</i>	42
3.2.3 <i>Faglige nettverk</i>	43
3.2.4 <i>I høyden eller bredden?</i>	43
3.2.5 <i>Rekruttering</i>	44
3.2.6 <i>Mer å gjøre?</i>	45
3.2.7 <i>Lykkelig som liten?</i>	46

3.3	KOMPETANSEPROSJEKTET SOM ORGANISASJONSFORM.....	46
3.3.1	<i>Indremedisin eller til utvortes bruk?</i>	48
3.3.2	<i>Rollefordeling</i>	49
3.4	KOMPETANSEPROSJEKTET SOM KOMMUNAL UTVIKLING.....	49
3.5	OPPFYLLES MÅLSETTINGENE?.....	51
4	REFERANSER	55

SAMMENDRAG

Gjennom en periode på tre år har Steigen kommune gjennomført utviklingsprosjektet *Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingssenter*. Prosjektet har pågått fra 1999 til 2002. Til dette har kommunen mottatt i alt 6,5 millioner kroner fra Helsedepartementet, Kommunal- og Regionaldepartementet, Nordland fylkeskommune og Fylkesmannen i Nordland. Denne rapporten oppsummerer vår følgeevaluering av prosjektet.

Steigens situasjon som periferikommune er en helt sentral dimensjon ved prosjektet. Prosjektet handler om å imøtekomme viktige utfordringer som særlig rammer helsetjenestene i norske utkantkommuner. Lov- og regelverk pålegger kommunene stadig flere og mer kompliserte oppgaver og det forventes høy kvalitet på tjenestene. Økte krav stilles dermed til både ansatte og ledere, med høye krav til faglighet og faglig videreutvikling. Sammen med dette endres også arbeidstakeres ønsker og forventninger om faglig utvikling gjennom sitt arbeid. Arbeidet forventes å være interessant og lærerikt, og man venter å ha innflytelse på egen arbeidssituasjon.

Stilt overfor slike utfordringer, tvinges utkantkommuner til å tenke gjennom spørsmål om kompetanse og personell. Det handler om mulighetene for å rekruttere arbeidstakere i et lokalt arbeidsmarked, der både tilgangen på personer med rett kompetanse og utvalget av stillinger er begrenset. For å rekruttere må kommunen fremstå som en troverdig og faglig interessant arbeidsplass. Samtidig handler det om muligheter for å skape stabilitet i stillingene og videreutvikle personell og organisasjon – eksempelvis gjennom nye måter å samarbeide og lære på.

GJENNOMFØRING

Målet med kommunens prosjekt ble formulert som *å bidra til et høyt faglig nivå på kommunehelsetjenester i en utkantkommune og finne metoder for å utnytte ressursene bedre ved å samordne tjenestetilbud*. Ambisjonen har vært å finne frem til nye metoder for hvordan utkantkommuner kan møte kompetansebehovene og videreføre disse erfaringene til andre kommuner i en liknende situasjon.

Alle ansatte i kommunens helse- og sosialtjenester har på ulike måter vært berørt av prosjektet. Kvinneuniversitetet Nord har ledet prosjektet. En viktig bakgrunn for prosjektet har også vært at kommunen i samme periode har bygd et nytt, integrert helsetun og omsorgsboligsenter, som i praksis samler alle kommunens helse-, pleie- og omsorgstjenester i ett felles bygg. Parallelt med innflyttingen skjedde det også en omorganisering innen pleie- og omsorgstjenestene.

METODE OG PERSPEKTIV

Vår oppgave har vært å evaluere kommunens prosjekt. Overordnede spørsmål til prosjektet har vært:

- På hvilke måter har prosjektet medført organisatoriske/kulturelle endringer i de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene i retning av endret tilgang på – og bruk av – fagpersonell?
- Har de typiske utkantproblemene når det gjelder kompetanse blitt mindre i Steigen som følge av prosjektet?
- Hvilke muligheter ligger det for å overføre erfaringer fra Steigen til andre kommuner?

Evalueringen av prosjektet er lagt opp som en følgestudie. Vi har gjennomført intervjuer med ansatte, tillitsvalgte, ledere på ulike nivåer og prosjektteamet ved prosjektstart, underveis i prosjektet og ved prosjektets slutt. Til sammen er det gjennomført rundt 50 intervjuer i løpet av prosjektperioden. Vi har gjort dokumentstudier og møteobservasjoner i ulike stadier og sammenhenger underveis.

Evalueringen tar utgangspunkt i de overordnede målsettingene som ble formulert i kommunens egen prosjektbeskrivelse. Vi har likevel tatt høyde for at prosjektet ville endre seg og utvikles i takt med at man underveis fikk økt forståelse av feltet, og etter hvert som også prosjektets eksterne betingelser forandret seg. Vårt utgangspunkt har vært å se aktiviteten i prosjektet ut fra et læringsperspektiv hvor kompetanseutvikling forstås som sosiale og kulturelle prosesser der læring nedfelles i kommunikasjon, fortolkning og samhandling.

RESULTATER

I løpet av den perioden vi har fulgt kommunens prosjekt, har organisasjonen gjennomgått store forandringer. Parallelt med overflytting til nytt felles bygg for alle helsetjenester har det skjedd en omorganisering av personalet i nye avdelinger og grupper. Det har også skjedd tydelige endringer når det gjelder opplærings- og kompetansespørsmål.

- Det er skilt ut et eget møterom for opplærings-/kursaktiviteter. Rommet har utstyr for videoforelesninger, kurs og gruppearbeid. Steigentunet er knyttet til et nasjonalt IKT-nettverk der ansatte kan koble seg opp til en rekke forelesninger som til enhver tid overføres elektronisk.
- Blant de ansatte er det etablert mer eller mindre faste grupper der man diskuterer problemstillinger man står oppe i til daglig og får veiledning av

kollegaer. Disse gruppene er sammensatt på tvers profesjoner. Gruppene møtes jevnlig og arbeider med ulike temaer ut fra en bestemt metodikk.

- Bruk av tid og penger på opplæring og faglig utvikling betraktes i langt større grad som legitimt og nødvendig av ledere og ansatte – selv om det innebærer at arbeidet i perioder fordeles på færre personer mens en eller flere kollegaer er fraværende på grunn av kurs, opplæring, kollegaveiledning, e.l.
- Ved Steigentunet har man tatt på seg ansvar for veiledning av et forholdsvis stort antall studenter i hospitering/praksis fra ulike profesjonsutdanninger ved høyskoler og universitet.
- Steigen kommune har inngått en avtale med Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, og er én av i alt sju såkalte ressurskommuner. Dette har blant annet gjort at legestillingene i kommunen har vært knyttet til den faglige virksomheten ved instituttet i Tromsø, og legene har veiledningsansvar for studenter i allmennlegepraksis.
- På fagdage møtes alle ansatte inne helse- og sosialtjenestene og diskuterer felles anliggender. Disse avholdes jevnlig. Gjennom dette har man utviklet et arbeidsmiljø som har gjort det lettere å samarbeide og søke råd på tvers av avdelinger og profesjongrenser.
- De ansatte opplever større muligheter for den enkelte medarbeider til å ta initiativ til å forfølge faglige interesser og faglige fordypningsområder.
- Aller viktigst er likevel endringene når det gjelder spørsmål om ansattes faglige utvikling, faglig oppdatering og kompetanseutvikling. Ansvar for dette er lagt til kontorlederstillingen ved Steigentunet. Kompetanseutviklende tiltak har fått et langt større fokus som del av den daglige virksomheten i avdelingene som følge av dette.

De sidene ved prosjektet som handler om kompetanseutvikling har fått størst oppmerksomhet og innsats, og det er også her man har fått de viktigste resultatene. Etter våre vurderinger er det spesielt tre områder der prosjektet av ulike årsaker ikke har klart å nå de mål man satte seg underveis.

Samordning av tjenester

I prosjektbeskrivelsen ble det formulert en målsetting om å finne måter for bedre samordning av tjenester på tvers av fagområder, profesjoner og sektorer. De beste erfaringene på dette feltet er å finne innad på Steigentunet. Her man har funnet frem til måter å samarbeide mellom avdelinger og på tvers av faggrenser som man ikke har hatt tidligere. En viktigst erfaring er likevel at samordning av tjenester på tvers av etater og profesjongrenser er langt vanskeligere å få til enn man innledningsvis hadde sett for seg. På enkelte saksområder har man riktignok etablert et samarbeid mellom helsetjenestene og andre sektorer internt i kommune-

administrasjonen. Når det gjelder interkommunalt samarbeid ser de beste resultatene ut til å være tilgrensende prosjekter som ligger utenfor denne evalueringen, nemlig interkommunalt legevaktsamarbeid og interkommunalt samarbeid om opplæring og kursvirksomhet.

Kvinne- og likestillingsperspektiv

Likestillingsperspektivet må forstås først og fremst som en profil ved prosjektet, uten den samme type konkrete målsetninger som de øvrige målene. Kvinne- og likestillingsperspektiv har riktignok vært tematisert underveis, men det har blitt mindre eksplisitt enn hva man la opp til i første fase av prosjektet. Vi ser dette i sammenheng med at prosjektet etter hvert måtte avgrenses mot spørsmål knyttet til kompetanseutvikling.

Varig drift av et utviklings- og kunnskapssenter

Et mål for prosjektet har vært å etablere et utviklings- og kunnskapssenter på mer permanent basis. Dette innebærer også et behov for ekstern finansiering. Det skulle også foreligge en plan for dette ved prosjektslutt, men på dette tidspunktet var det fortsatt uklart hvordan en slik senterfunksjon skulle finansieres videre. Det må likevel påpekes at grunnlaget for en daglig drift av et slikt senter langt på vei er lagt gjennom den måten kompetansespørsmål er nedfelt i den daglige virksomheten ved Steigentunet.

Steigen kommunes prosjekt har vært ambisiøst. Prosjektet har hele veien holdt en høy aktivitet, tenkt i utradisjonelle baner og skapt entusiasme og oppslutning blant de ansatte. Slik oppslutning er nødvendig for at et prosjekt som dette skal kunne lykkes med å endre holdninger og utvikle nye måter å drive kompetanseutvikling i staben. Prosjektet har tatt mål av seg til å utvikle en modell for kompetanseutvikling og samordning av tjenester – en modell som skal være overførbar til andre utkantkommuner. Vi er tvilende til hvorvidt prosjektet kan sies å ha utviklet noen egen og enhetlig modell som uten videre kan overføres til andre kommuner. Til det er prosjektets bundethet til den lokale konteksten for sterk. På den annen side kan den lokale forankringen ses nettopp som prosjektets sterke side. Etter vår vurdering er det mest interessante aspektet ved kompetanseprosjektet faktisk ikke er hvilke organisatoriske grep som prosjektet har klart å utvikle, men snarere hvilke faktorer som bidro til at kompetanseprosjektet i det hele tatt ble realisert. Hvis realiseringen av kompetanseprosjektet i seg selv betraktes som et interessant trekk ved kommunes tilpasningsevne, er det nettopp denne "initieringskompetansen" som først og fremst har overføringsverdi. Likevel vil man i andre kommuner trolig ha stort utbytte av å ta del i mange av de ideer og metoder prosjektet har funnet fram til. De erfaringer som er gjort i løpet av prosjektet bør være av interesse for mange, og ikke utelukkende i utkantkommunene.

SUMMARY

Steigen municipality in Nordland county, Norway, has carried out the project *Health services and service production in rural municipalities – competence and development centre* during the years 1999-2002. Steigen municipality has received in total 6.7 million NOK from The Ministry of Health, The Ministry of Ministry of Local Government and Regional Development, Nordland County Municipality and The County Governor in Nordland to run the project. Nordland Research Institute has evaluated the project and this report summarizes our evaluation.

Steigen's situation as a small, rural municipality is an important aspect of this project. The project copes with challenges that affect the municipal health services in particular. New national guidelines and instructions on local health services results in more complicated tasks and higher demands to the quality of the services. This, in turn, means increased demands on employees and leaders, and makes demands concerning professionalism and specialization. From the employees' point of view, new expectations to work as more interesting and stimulating seem to be underlined, and so do expectations to influences on the work situation.

Facing such challenges, rural municipalities are forced to rethink questions about employment and competence. In rural areas, this has to do with possibilities to recruit from a small labour market, where both labour supply and job possibilities are relatively limited. The municipality has to appear as a trustworthy and interesting employer. At the same time, it has to do with the organization's ability to create stability in the jobs, and further development of the workforce already employed. One of the ambitions has been to find new ways for rural municipalities to meet such challenges and make experiences other municipalities in a similar situation can use. Another important context for the project has been the reorganizing and new localization, Steigentunet, where all of the municipality's health care services are located.

We have based our evaluation on interviews with those involved at different phases of the project, supplemented with other sources of data. We have interviewed employees, union officials, leaders on different levels, and the project team at the beginning, during and after the project was finished. We have made approximately 50 interviews during this period. We have studied documents and have been observers in different situations during the project.

During the project, the organization has undergone great changes in terms of training, education and competence. A room for lectures/seminars has been

defined. The room is equipped for logging on to a national network of video broadcasted lectures at universities and colleges. Employees have established discussion groups where they can seek advice and counsel each other in questions related to their daily work. There have been changes in attitudes towards competence and education questions. Both the leaders and the employees regard the use of money and time spent on education and professional development as necessary and legitimate, even when this means that tasks have to be distributed between fewer persons because some of the colleagues are absent due to training, education, etc. At the new institution, Steigentunet, there has been a much more offensive attitude towards being hosts for students in practice training as part of their education. As a result, a large number of students now have practice training periods of their professional education at Steigentunet, which also gives the students a glimpse into a the varied every day working life in small municipalities. Steigen municipality has made a contract with the Department for Community Medicine, University in Tromsø. Steigen is now one of seven "resource municipalities", which means the doctors in Steigen have a closer relation to the academic activity at the department and has greater obligations as supervisor for training students for general practitioners. Some days each year are defined for staff, held over to two workdays so that all employees have the opportunity to come one of the days. In these meetings, one discusses questions related to the practical activity chosen from themes the employees themselves have reported. These meetings have contributed to development of a more open working environment where it is easy to collaborate and seek advice from different departments and across professional boundaries. The employees experience greater possibilities in taking initiatives to professional development and deepening their understanding on certain fields. Although, most important is the changes in responsibility for the employee's professional development and updating – and the whole question about competence development. Today, the overall responsibility for such questions is placed at the administrative leader at Steigentunet. Before the project started, this was mainly each employee's responsibility. The employees now experience that the leader asks them to attend seminars, conferences, or follow lectures transmitted over the national universities/colleges network of lectures.

The aspects of the project that deal with competence development among the staff have had the best results and are those aspects we give most attention here. Three aspects – due to different reasons – have not been developed according to the project description.

1) Initially there was an ambition to try to find new ways to coordinate different municipal services, so that the entire supply of services should be better for the inhabitants. The best results in this field seem to be between the different health

care services. The bureaucratic boundaries between the different divisions seemed much harder to cope with than initially foreseen.

2) Primarily, there was also an ambition to develop the project with a special focus on gender aspects. Such themes have been discussed during the project, but not in the scale as intended initially.

3) The project was intended to result in a permanent centre for development and knowledge on municipal health services. The ambition was to develop a realistic plan and budget for running the centre after the project was finished. At the end of the project there was still uncertainty on how such a centre could be run, although an important basis was founded in the quests for competence is rooted as a leader responsibility in the new organization.

The project has had a high level of ambition. There has been a high level of activities all the way, one has been thinking untraditional and developed enthusiasm among the employees. Initially, one hoped to find models on how to make learning activities an ordinary element of the daily activity at the health care services in periphery municipalities. We doubt that the project has developed such distinct models – models that straight away could be transferred to other municipalities in the same situation as Steigen. The reason is the strong contextual constraints of the project. However, the context constraints are at the same time really one of the strengths of this project. In other municipalities, one would probably find a lot of inspiration and practical tips on how to arrange for leaning activities in the organization. The experiences done during the project should be of great interest for many other municipalities – and not only the municipalities in the periphery.

1 INNLEDNING

Denne rapporten innebærer slutten på en følgeevaluering. I perioden 1999–2002 har helse- og omsorgssektoren i Steigen kommune gjennomført et utviklingsprosjekt med fokus på kompetanse og faglig utvikling. Vi har fulgt dette prosjektet nesten hele denne perioden. I april 2000 besøkte vi for første gang Kvinneuniversitetet Nord (KUN) for å diskutere et evalueringsopplegg. Etter en drøy time med hurtigbåt i ruskevær fra Bodø til Hønessund bar det videre med drosje en drøy halvtime til Nordfold. På tilbaketuren, etter et interessant og hyggelig møte med prosjektteamet på KUN, stopper drosjesjåføren plutselig bilen: cirka ti meter fra veien sitter en stor havørn i en liten bjørk og kikker undrende på oss.

På denne måten ga allerede vår første tur til Steigen klar beskjed om at dette handler om spørsmål knyttet til det å bo og drive kommune i utkantstrøk. Realitetene knyttet til transport og kommunikasjon er en viktig bakgrunn for kommunens prosjekt: lange avstander mellom kommunens tettsteder, spred bosetting, langt til nærmeste sykehus og lang vei til nærmeste regionale senter. Det er rundt 22 mil i kjøreavstand fra Leinesfjord til Bodø, som har det nærmeste sykehuset. Kommunen utgjør totalt et område på 1000 kvadratkilometer – ca halvparten av Vestfold fylke. På dette arealet bor det drøyt 2900 personer, og vanligste sysselsetting er landbruk, fiskeri og offentlig forvaltning/tjenesteyting. Dagens Steigen er fra gammelt av tre kommuner: Leiranger, Nordfold og Steigen, slått sammen i 1964. Fra begynnelsen av 1900-tallet og fremover var det kun én til to distriktsleger som virket i dette området (Fygle 1991), og lange avstander og tungvint kommunikasjon var et problem også da. I bygdebok for Steigen forteller en informant:

"Når vi va sjuk og sku å dåktor'n, så mått du å fattigfjorrstandarn først førr å bi sett på. Så va da å skriv te dåktor'n så bodd på Størksnes, og det gjækk ikkje alltid like fort mæ denjn dårlige postfjorrbindelsen vi då hadd'. Manjn kunnjn jo reseker å vær dau læng førr brevet nådd fram." (ibid:358).

Spørsmålet om tilgangen på helsetjenester er på ingen måte ny. Strukturen i helse-, pleie- og omsorgstjenestene hang igjen fra den tidligere kommuneinndelingen, med flere små alders- og sykehjem og flere legekontor. Et viktig bakteppe for kompetanseprosjektet har vært den statlige eldresatsingen, som muliggjorde oppføringen et nytt helse- og omsorgssenter i Leinesfjord. Dette bygget gjorde det mulig å samle Steigen til "ett rike", helse- og omsorgsmessig. Nå skulle alle tjenestene bli drevet fra ett sted, og alt personalet ville møte på ett sted. Ideen til prosjektet oppsto i sammenheng med dette. Mulighetene for å drive faglig utvikling

ville bedres som følge av et større faglig miljø. Nybygget ville – antok man – medføre behov for strukturelle endringer innad i organisasjonen, og dermed kunne man også se for seg nye muligheter for samarbeid, læring, kompetanseutvikling og koordinering av tjenestetilbud til brukerne.

En prosjektsøknad ble innvilget høsten 1999. Steigen kommune fikk tilsagn om prosjektmidler på totalt 6,5 millioner kroner over en treårsperiode til å utvikle et kunnskaps- og utviklingssenter innen kommunens helsetjenester. Prosjektet kom i drift fra våren 2000. De eksterne finansiørene var Helsedepartementet (HD), Kommunal- og Regionakdepartementet (KRD), Nordland fylkeskommune og Fylkesmannen i Nordland. Steigen kommune har formelt sett eid prosjektet, mens Kvinneuniversitetet Nord (KUN) har vært engasjert som prosjektledelse. Prosjektperioden har vært høsten 1999 til desember 2002.

I denne rapporten oppsummerer vi de viktigste erfaringer fra utviklingsprosjektet "*Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingssenter*" i Steigen kommune. Vi drøfter her det vi betrakter som de viktigste aspekter ved kommunes prosjekt slik det har blitt gjennomført i løpet av den aktuelle perioden. Vi refererer heretter til kommunens prosjekt som kompetanseprosjektet. Rapporten er forsøkt skrevet i en form at man skal kunne få et utbytte av lesingen, uten at man nødvendigvis har forhåndskunnskap om prosjektet eller kommunen. Videre i dette første kapitlet gir vi en oversikt over prosjektet i korte trekk. Her ser vi også på de seks målsetningene som ble formulert i kommunens innledende prosjektsøknad og redegjør for metodisk og teoretisk innfallsvinkel til vår evaluering. I kapittel 2 gjennomgår vi viktige sider ved prosjektet slik de fremkommer gjennom erfaringer hos aktørene i prosjektet før, underveis og ved slutten av prosjektperioden. I kapittel 3 drøfter vi noen overordnede problemstillinger knyttet til prosjektet og summerer opp resultatene i forhold til den innledende prosjektbeskrivelsen.

1.1 TEORETISK OG METODISK TILNÆRMING

I kommunens prosjektskisse fremgår det at man ønsket å knytte en forskningsinstitusjon til prosjektet for å følge det underveis. Nordlandsforskning ble valgt til å gjennomføre dette arbeidet. I vår skisse til evalueringsopplegg til Steigen kommune spesifiserte vi hvordan vi så for oss vår rolle i prosjektet, (Røiseland 1999), gjennom en følgeevaluering av prosjektet på bakgrunn av de seks målsetningene som trekkes opp i kommunens egen prosjektskisse (se side 18) og spesielt med henblikk på prosjektets overføringsverdi.

Det er mange mulige måter å forstå og fortolke et slikt prosjekt som dette, og innledningsvis kan det være grunn til å dvele et øyeblikk ved det. Vi kunne for eksempel valgt å betrakte prosjektet som et organisatorisk eksperiment, og stilt spørsmål rundt hvilke følger etablering av nye grupper, nye ansvars- og ledelseslinjer får for innholdet i tjenestene. Alternativt kunne vi valgt å forstå kommunens prosjekt som symbolsk, ved å betrakte ordene i prosjektet ("kompetanse", "samordning", "videreføring", osv) som først og fremst myntet på å skape legitimitet og oppslutning innad eller utad. En tredje mulighet kunne vært å se prosjektet som primært instrumentelt – en mulighet til å skaffe statlige overføringer og skape sysselsetting.

Underveis i vår evaluering har vi også vurdert prosjektet ut fra slike betraktningmåter, men den måten vi beskriver kommunens prosjekt på i denne rapporten er gjort ut fra hva vi kan kalle et læringsperspektiv. Vi har valgt å ta kommunens prosjektskisse på ordet når prosjektet mål beskrives som å *"utvikle en 'opplæringskommune' og en modell for systematisk kompetanseoppbygging"* og vurdert det i forhold til nettopp dette.

Når begrepet kompetanse brukes videre i denne rapporten, viser det til de muligheter en person eller organisasjon har til å løse de oppgaver man til enhver tid er stilt ovenfor. Siden omgivelsene og oppgavene stadig endrer seg, innebærer kompetanse også et element av tilpasning og læring. Læring er å betrakte som et sentralt element i all menneskelig handling og samhandling. I arbeids situasjonen innebærer dette også at den enkelte deltar i et større fellesskap, der læring og utvikling også handler om muligheter til å endre organisasjonens måte å løse oppgavene på. På denne måten kan vi skille mellom to hovednivåer for læring og kompetanse, nemlig (a) på individnivå og (b) på organisasjonsnivå. Kompetanse på individnivå kan sies å vise til generell fagkunnskap, faglige evner og ferdigheter, jobbspesifikke ferdigheter/kunnskap, motivasjon, sosiale ferdigheter – eksempelvis evne til samarbeid og å ta i bruk andres kompetanse – og evne til å hente inn relevant informasjon (se f eks Nordhaug 1993). For å fungere i de fleste jobber trengs vanligvis en kombinasjon av flere av alle disse, og kravene til å beherske de ulike kompetanseformene vil vektlegges ulikt i forskjellige typer stillinger og organisasjoner. Etter hvert som samfunnet endres, endres også kravene til at den enkelte må kunne inneha ferdigheter i å hente inn og ta i bruk relevant informasjon fra omverdenen i forhold til de oppgavene han/hun er stilt overfor. Det å lære seg å lære blir på denne måten en viktig egenskap – altså evne til å endre praksis som følge av ny kunnskap og/eller informasjon.

Med kompetanse på organisasjonsnivå sikter vi til den totale beholdning av individuell kompetanse som organisasjonen rår over i møte med de oppgaver man

er satt til å løse i kombinasjon med den evne organisasjonen har til å ta i bruk enkeltmedlemmenes egenskaper og ferdigheter. På denne måten består ikke organisasjons kompetanse kun av summen av det hver enkelt arbeidstakers individuelle kompetanse, men også egenskaper ved organisasjonen – eksempelvis arbeidsmiljø, felles holdninger og verdier. Organisasjoners muligheter til læring er derfor – fordi det handler om mennesker i samhandling – et fenomen som empirisk er svært forskjellig fra hvordan individer lærer. For å forstå hvordan organisasjoner lærer, må vi behandle organisasjoner ikke som kognitive, men som *kulturelle* enheter (Cook og Yanow 1996). Kompetanseutvikling i organisasjoner må på denne måten først og fremst forstås som noe som skapes og omskapes gjennom sosiale og kulturelle prosesser i form av kommunikasjon og fortolkning, samhandling og organisering (Weick og Westley 1996).

Våre overordnede spørsmål til prosjektet har vært:

- 1) Har prosjektet medført organisatoriske, verdimesige eller holdningsmessige endringer i de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene? Hvordan blir prosjektets intensjoner omsatt til praksis? Hvilke effekter har prosjektet?
- 2) Har de typiske utkantproblemene når det gjelder kompetanse blitt mindre i Steigen som følge av prosjektet?
- 3) Hvilke muligheter er det for å overføre erfaringer fra Steigen til andre kommuner?

Mye har skjedd i kommunens helse- og sosialavdeling i løpet av den perioden vi har fulgt prosjektet. Vårt fokus har vært på aktørens egne, subjektive erfaringer (herunder prosjektteamets, kommuneledelsens og de ansatte på ulike nivåer), de opplevelser og fortolkninger aktørene selv har gjort gjennom de forandringene som har skjedd. Vi har fulgt prosjektet gjennom intervjuer med ansatte i organisasjonen før, underveis og etter at prosjektet er avsluttet. I tillegg har vi gjort møteobservasjoner, dokumentstudier, gjennomgang av budsjett, etc.

I september 2000 gjennomførte vi en forholdsvis omfattende intervjurunde blant personellet innen helsesektoren. Vi intervjuet ledere på ulike nivåer og sentrale tillitsvalgte, i underkant av 20 personer i alt. Hensikten var å få en forholdsvis bred oversikt over holdninger og forventninger til prosjektet blant de ansatte i den innledende fasen av prosjektet. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en åpen, delvis strukturert intervjuguide (én for hvert ledernivå og stillingstype). Hvert intervju tok omkring 1-2 timer. I tillegg gjorde vi intervjuer med prosjektteamet hos KUN og kommunens politiske og administrative ledelse. Underveis i prosjektet har vi hatt jevnlig kontakt med prosjektteamet. Vi har også hatt en viss kontakt

med ansatte og ledere underveis, gjennom besøk og intervjuer på arbeidsplassene og i samtaler på telefon. Midtveis i prosjektet gjennomførte vi også intervjuer med saksbehandlere hos hovedfinansierer av prosjektet, henholdsvis i Kommunal- og regionaldepartementet og Helsedepartementet. Høsten 2002, da prosjektperioden nærmet seg slutten, gjennomførte vi igjen en bred intervjurunde i organisasjonen. Informanter var ledere på ulike nivåer, tillitsvalgte og prosjektteamet på KUN – også denne gang ca 20 personer til sammen. På dette tidspunktet var det en ny organisasjon vi møtte, i den forstand at de tidligere avdelinger og arbeidsgrupper var stokket om. Det var nye avdelinger og nye sammensetninger av personer og oppgaver. Likevel er ikke forholdene større enn at vi møtte igjen mange av de personene vi på ulike tidspunkt hadde møtt tidligere i prosjektet. Vi har dessuten vært observatører på ulike stadier og på ulike arenaer – eksempelvis enkelte styremøter, fagdager, veiledningsgrupper og avdelingsmøter.

1.2 OVERSIKT OVER KOMPETANSEPROSJEKTET

Det er ikke alltid like lett å forstå hva kompetanseprosjektet er for den som leser den innledende prosjektbeskrivelsen, dokumenter i tilknytning til prosjektet eller hører "de innvidde" snakker om prosjektet. Det var det heller ikke for oss da vi tok fatt på dette arbeidet – og kanskje har det ikke alltid vært helt enkelt for dem har stått midt oppe i prosjektet heller. Prosjektet har hatt noen overordnede målsetninger, men konkretisering av disse har i stor grad blitt til underveis. Den beste måten å beskrive prosjektet på, er derfor å vise hva prosjektet i praksis har kommet til å bli. Nedenfor presenterer vi en oversikt som i korte trekk gjennomgår hva som har skjedd i prosjektet på ulike tidspunkt, hvem som har vært involvert og hvordan ting har blitt gjort.

Vår 1999: Steigen kommune prosjekterer – og søker midler for – realiseringen av nye omsorgsboliger og nytt sykehjem der også de øvrige helsetjenester planlegges lokalisert. Noen lokale "ildsjeler" (både innen og utenfor helsetjenestene, se eget avsnitt) ser nye muligheter: Kan nybygget også brukes til noe mer? Til nå har de kommunale helsetjenestene vært lokalisert langt fra hverandre og i stor grad drevet som separate enheter med lite innbyrdes kontakt. Kanskje byr nybygget også på mulige koblinger mellom personell og tjenester som tidligere ikke var til stede? Kommunelegen deltar allerede i flere prosjekter ved Universitetet i Tromsø (UiT). KUN driver allerede desentralisert hjelpepleierutdanning og undersøker også mulighetene for å starte et kurstilbud i desentralisert sykepleierutdanning. Kan slike prosjekter og ambisjoner være relevant i denne sammenheng? I møter med UiT, HD og KR D ble det klart at det fantes mulighet til å få støtte til en prosjektsøknad som koblet de ulike prosjektene med et ønske om å prøve ut nye måter å organisere de kommunale helsetjenestene.

Høst 1999: Kommunen innvilges rundt 6,5 millioner kroner til et 3-årig prosjekt med tittelen *Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingscenter*. Finansiørene er KR D, HD, Nordland fylkeskommune og Fylkesmannen i Nordland. Kjernen i prosjektet handler om å finne frem til bedre måter å utvikle helsetjenestene i en utkantkommune. Prosjektet må ses i lys av den situasjon Steigen er i, med relativt spredt bosetning over et stort geografisk område og med lang vei til nærmeste sykehus. Hvilke kompetanse trenger en slik kommune i egen stab, og hvordan kan denne rekrutteres og vedlikeholdes i en situasjon der små og perifere kommuner avfolkes?

Vår 2000: Steigen kommune kommer i gang med kompetanseprosjektet. Fagmiljøet ved KUN blir engasjert til å drive prosjektet på vegne av kommunen. Opprinnelig skulle prosjektet kommet i gang fra høsten 1999. Det drøyer litt med ansettelse, men fra våren 2000 er en prosjektmedarbeider engasjert i full stilling ved KUN. Prosjektansvaret fordeles på tre personer hos KUN i til sammen to hele stillinger.

Høst 2000: Prosjektteamet gjennomfører en kompetansekartlegging blant alle avdelingsledere innen helse- og sosialsektoren. Hensikten er å få et bilde av kompetansebehov og -ønsker i avdelingene. Samme høst arrangeres de første av en serie fagdager, der alle ansatte innen helse- og sosialtjenesten inviteres, samt kommuneledelsen og de tillitsvalgte. Temaet er tverrfaglig samarbeid, spesielt sett i lys av den omorganisering man er oppe i. I forkant av fagdagene møter prosjektteamet og pleie- og omsorgsleder alle avdelingene i deres lunsjpauser for å snakke mer uformelt om ønsker og forventninger til disse fagdagene og til omorganiseringen. Det etableres etter hvert et nærmere samarbeid med RKK Indre Salten, som gjennomfører interkommunale kurs. Pleie- og omsorgsleder engasjeres i prosjektet i en 20%-stilling knyttet spesielt til omstillingsprosessen.

Vår 2001: 21 ansatte deltar på et internt kurs i veiledningspedagogikk. Ordningen med fagdager videreføres. Det gjennomføres en større kompetansekartlegging blant de ansatte som ledd i å etablere en ny organisering.

Høst 2001: Steigentunet står nå ferdig og i løpet av noen hektiske dager i oktober/november flytter sykehjemmene, hjemmetjenesten, legekontorene, fysioterapi, helsesøster og jordmor inn i de nye lokalene. På bakgrunn av kurset i veiledningspedagogikk etableres det nå to tverrfaglige veiledningsgrupper. Disse møtes jevnlig til kollega-veiledning. Videokonferanseutstyret (som tidligere var installert hos KUN) flyttes til kompetansesenterets egne møtelokaler, men på grunn av tekniske problemer kommer ikke dette utstyret i drift igjen før i mot slutten av prosjektperioden.

Vår 2002: Fire ansatte starter på et videreutdanningskurs i veiledningspedagogikk. Det arrangeres fagdager med temaet organisasjonsutvikling.

Høst 2002: Steigen kommunes ledelse deltar, sammen med Tysfjord og Hamarøy, på en konferanse om interkommunalt samarbeid etter initiativ fra Fylkesmannen i Nordland. Det avholdes fagdager om organisasjonsutvikling. Det holdes et nytt internt kurs i veiledningsmetodikk og ved Steigentunet etableres det to nye veiledningsgrupper i etterkant av dette. KUN overfører deler av sitt oppsummerings- og dokumentasjonsarbeid til 2003 i samråd med Steigen kommune.

Vår 2003: Internt dokumentasjonsarbeid og systematisering av erfaringer fra prosjektet. Prosjektteamet arbeider med å etablere et fastere samarbeid med Universitetet i Tromsø og Høgskolen i Bodø om Steigentunet som vertskap for studenter i praksisperiode. Prosjektet avsluttes formelt sommeren 2003.

Som man kan se av denne beskrivelsen, er det en relativt tett kobling mellom omorganisering og nylokalisering i Steigentunet og utviklingen i kompetanseprosjektet. På den annen side er det også viktig å understreke at Steigentunet og prosjektet er to forskjellige ting. Steigentunet finansieres med midler fra statens eldresatsning, og kan ses som den maskinvaren ("hardware") der hoveddelen av den kommunale helsetjenesten administreres og delvis utøves.

Organisasjonens kompetanse kan ses som den programvaren ("software") som skal til for å få utøve tjenestene. Kompetanseprosjektet kan ses som et eksperiment for å utvikle "programvaren" ytterligere. I det nye Steigentunet er det satt av et eget møterom og et kontor til det kompetansesenteret som er tenkt som en varig videreføring av prosjektet etter dets slutt. Etter at prosjektet er sluttført, er ambisjonen at "kompetansetenkningen" er så innarbeidet i organisasjonen at den har en egendynamikk som gjør at den fortsetter selv om eksterne prosjektmidler forsvinner.

1.3 HVILKE MÅL HAR PROSJEKTET?

"Steigen skal bli det gode sted – en robust utkantkommune med høy kompetanse og høy kvalitet på tjenestetilbudet innenfor realistiske rammer".

Kommunens visjon for prosjektet – slik den framkommer i sitatet ovenfor – er knyttet til problematikken rundt Steigen som utkantkommune. I følge den politiske og administrative ledelsen i kommunen, hang dette særlig sammen med to forhold: en generelt problematisk kommuneøkonomi og en sårbar situasjon med hensyn til helsepersonell, spesielt leger. I kommunens søknad pekes det på at nye reformer i helsesektoren setter helse- og sosialtjenesten i mange kommuner under et stadig sterkere press – både økonomisk og kompetansemessig. Det er på denne bakgrunnen at utviklingsprosjektet er satt i gang, som et uttrykk for det kommunen selv sier er "nytenking, alternative strategier og nye løsninger" (prosjektbeskrivelse, 1999).

En slik problembeskrivelse der kommunal økonomi og tjenesteproduksjon blir presset av statlig reformiver er på langt nær en unik virkelighetsoppfatning for Steigens vedkommende. Dette finner man gjenklang av i store deler av det kommunale Norge, selv om problemstillingen sannsynligvis manifesterer seg sterkest på helse- og sosialfeltet og i periferien. Et grunnleggende problem er at store deler av kommunenes aktiviteter, oppgaver og virksomheter nettopp *ikke* har et lokalt opphav. Kommunene forvalter tjenester hvor spillerommet for lokale tilpasninger er lite, og der rommets form og størrelse i stor grad er definert av staten (Gjertsen 2003). I så måte kan kompetanseprosjektet i Steigen også fortolkes som et forsøk på å skape seg et større kommunalt frirom til å håndtere nye utfordringer og krav.

Kompetanseprosjektet griper inn i den pågående sentraliseringen av pleie, omsorgs- og helsetjenesten i kommunen. Prosjektets overordnede målsetting er å sette fokus på de utfordringene som utkantkommuner har i forhold til helsetjenester, og på denne måten gjøre det faglig interessant å jobbe i slike kommuner. Prosjektets *raison d'être* hviler altså i stor grad på behovet for å styrke *rekrutteringen* av faglig personell til pleie- og omsorgssektoren i Steigen kommune. Men prosjektet har også andre målsettinger som griper inn i dette; metoder for *samordning* av tjenestetilbudet skal utvikles, og skal ha overføringsverdi til andre små kommuner. Prosjektet skal videre utvikle en modell for systematisk kompetanseoppbygging i kommunen. I tillegg har prosjektet som målsetting å "fremme holdninger og gi kunnskaper" om tjenestetilbudet overfor kommunens innbyggere, slik at forventningene blant innbyggerne er realistiske i forhold til det nivået på tjenester som kommunen faktisk kan tilby.

Som en konkretisering av dette, har prosjektet seks delmål som skal realiseres i løpet av prosjektperioden:

1. Det skal etableres et utviklings- og kunnskapssenter med tverrfaglig miljø for helsefaglig kompetanse knyttet til de utkantrelaterte utfordringene kommunen står overfor. Målsettingen er å utvikle et senter som kombinerer praktisk helse- og omsorgsarbeid med forskning, undervisning og veiledningsrelaterte oppgaver knyttet til ulike utdanningsinstitusjoner.
2. Det skal utvikles modeller for samordning av helsetjenesten med ulike fagområder profesjoner, sektorer, institusjoner og organisasjoner. Prosjektet tar sikte på at disse modellene skal være overførbare til andre småkommuner. En egen strategi og plan for kunnskapsoverføring skal utarbeides.
3. Prosjektet skal utvikle og utprøve en modell for systematisk kompetanseoppbygging av ansatte i helsesektoren. Dette skal bl.a. skje gjennom å koble den tilgjengelige fagkompetansen med de mulighetene som informasjons- og

- kommunikasjonsteknologi åpner for. Kompetansetilbudet skal være fleksibelt for å kunne samordnes med andre aktuelle grupper av ansatte i kommuneorganisasjonen.
4. Prosjektet skal utvikle samarbeid med etablerte utdanningsinstitusjoner med den målsetting å utvikle desentraliserte utdanningstilbud og tilrettelegging for praksisstudenter fra ulike fagmiljøer. Dermed kan det legges til rette for å rekruttere nødvendig kompetanse, og et tverrsektorielt og kommuneoverskridende veiledningsnettverk kan opparbeides.
 5. Prosjektet skal ha et kvinne- og likestillingsperspektiv i arbeidet, slik at kvinnes interesser for utdanning, forebyggende helseilbud og velferdsgoder blir tilgodesett også i en utkantkommune.
 6. Det skal legges et grunnlag for og fremmes en plan for varig drift av senteret etter 2002.

I målsetningene og ambisjonene fremgår det også at de modeller man ønsker å utvikle skal være overførbare til andre utkantkommuner. Hva som er ambisjoner og hva som er målsetninger ser på denne måten ut til å gli over i hverandre, men de viktigste målene for prosjektet mener vi å kunne lese i disse siste seks punktene. Etter vår vurdering er ikke dette mål som er motsetningsfylte, selv om de er forholdsvis omfattende. Hvordan prosjektet og kommunen velger å operasjonalisere og avgrense disse oppgavene er derfor et empirisk spørsmål.

1.4 ROLLEFORDELING OG FINANSIERING

Som øverste ansvarlige for prosjektet står en bredt sammensatt styringsgruppe. Denne består av representanter for Steigen kommune, Universitetet i Tromsø, representant for KUN, Kommunenes Sentralforbund (KS), Nordland, Statens utdanningskontor, Fylkesmannen i Nordland og Nordland fylkeskommune. Dette er i tråd med det som ble satt opp i den opprinnelige prosjektbeskrivelsen (jf. prosjektbeskrivelse 1999).

Den daglige prosjektdriften ligger hos KUN, og har blitt drevet av et team på tre personer i til sammen to hele stillinger (selv om bemanningen har variert litt gjennom prosjektets gang). I prosjektbeskrivelsen er dette satt opp som prosjektleder og to prosjektmedarbeidere. (Videre i denne rapporten referer vi til disse til som prosjektteamet.)

Det ble ikke etablert en referansegruppe slik intensjonen var i prosjektbeskrivelsen. Siden styringsgruppen var bredt sammensatt av kompetente fagpersoner har den i praksis fungert som referansegruppe i den forstand at de har vært diskusjonspartner

for prosjektteamet underveis. Et viktig element i forhistorien for prosjektet var at det i stor grad ble drevet frem av kommunelege I og leder ved KUN. Begge har hatt sentrale roller også underveis i prosjektet.

Det daglige ansvaret for styring av prosjektet er lagt til en arbeidsgruppe bestående av rådmann, ordfører, kommunelege I, helse- og sosialleder og KUN. Denne gruppa har hatt jevnlige møter forholdsvis ofte gjennom hele prosjektperioden og tatt de beslutninger som har vært nødvendig slik at prosjektteamet har kunnet arbeide på en hensiktsmessig måte. Prosjekt drift ble lagt til KUN i den hensikt å skille prosjektet fra basisorganisasjonen (jfr prosjektbeskrivelsen).

Prosjektet er finansiert av flere ulike interessenter. Kommunal- og regionaldepartementet er den klart tyngste finansøren, med midler tildelt gjennom såkalte regionale samordningsmidler. Helsedepartementet er også en betydelig bidragsyter til prosjektet.

Oversikt over eksterne bidragsytere (summer i 1000 kr).

	1999	2000	2001	2002	Sum
Fylkesmannen i Nordland	50	200	200	200	650
Nordland fylkeskommune	150	-	350	550	1 050
Kommunal- og Regionaldepartementet	400	1 400	1 500	-	3 300
Helsedepartementet	300	400	400	400	1 500
Sum	900	2 000	2 450	1 150	6 500

Det har riktignok vært noen justeringer i finansieringen underveis, men dette viser bildet i grove trekk. Steigen kommune har dessuten lagt inn en betydelig egeninnsats i prosjektet, tilsvarende 1,5 millioner kroner. Dette er imidlertid den stipulerte kostnaden av arbeidstid og arbeidsinnsats som de ansatte har lagt ned i prosjektarbeid og er ikke en egen overføring i budsjettet.

2 HVA HAR SKJEDD I PROSJEKTET?

I dette kapitlet drøfter vi de aspektene ved prosjektet vi mener er mest relevante, sett i forhold vårt evalueringsopplegg og prosjektets egne målsetninger. Vi skal se nærmere på hvilke aktiviteter prosjektet har satt i gang, og videre se på hvilke erfaringer de ansatte på ulike nivåer og avdelinger har fra dette.

2.1 PERSONALPOLITIKK OG OPPLÆRING

I en omfattende studie av kommunesektorens muligheter i kampen om den kompetente arbeidskraften peker Rødvei (2000) på tre helt sentrale forhold når det gjelder kommunens muligheter til å rekruttere og minske gjennomtrekk i stillinger blant personalet: henholdsvis a) lønn og belønning, b) muligheter til fag- og kompetanseutvikling og c) arbeidsmiljø/ledelse/trivsel. Til tross for at arbeidsledigheten for tiden er stigende, er det likevel ikke slik at arbeidstakere med rett kompetanse og erfaringsbakgrunn står i kø for å ta ledige stillinger – særlig ikke i distriktskommuner. Rødvei (2003) viser hvordan kommunesektoren har et dårlig renommé både blant nyutdannede og blant kommuneansatte selv. Stikkord i denne sammenheng er lav status, umoderne og stivbent. Resonnementet er at etter hvert som det såkalte utdanningssamfunnet er i ferd med å realiseres, endres også arbeidstakeres krav og forventninger til økt fleksibilitet, frihet, medbestemmelse og egen faglig utvikling i stillingene. Arbeidsgiverne (i dette tilfellet kommunene) er på denne måten tvunget til å gjøre seg attraktive for å rekruttere arbeidstakere – og nettopp dette er en viktig side ved kompetanseprosjektet.

På denne måten er det en nær kobling mellom kompetanseutvikling, personalpolitikk og arbeidsgiverpraksis mer generelt. Det handler om å verdsette og belønne, og gi mulighet til faglig utvikling. Ved første intervjurunde var personalpolitikk – inkludert spørsmål knyttet til lønn og opplæring – lagt til personalsjefen i rådmannens stab. Personalbehovet i helsetjenestene ble formidlet via avdelingslederne eller helse- og sosialleder. Helse- og sosialleder kunne ansette i kortere engasjement. Ved overflytting til nytt bygg skjedde det en endring i dette, der dette ansvaret nå er delegert til pleie- og omsorgsleder og kontorlederfunksjonen ved Steigentunet.

Også når det gjelder bruk av midler til kompetanseutvikling og opplæringstiltak, ligger beslutningsmyndighet i stor grad til dette nivået. Det er etablert et utvalg der de ulike faggrupper i helse- og omsorgssektoren er representert. Her diskuteres og koordineres ideer, forslag og behov knyttet til kursdeltakelse, arrangement,

prosjektarbeid, veiledningsgrupper, fagdager etc. Kontorleder ved Steigentunet leder utvalget og personalsjef deltar fra sentraladministrasjonen. Når det gjelder lønn innen de ulike profesjonsgruppene, ser det generelt ut til at Steigen kommune har ligget "midt på treet". Man har hatt en viss oppjustering av lønningene de siste år for å ligge på samme nivå som nabokommunene etter jevnt over å ha ligget litt lavere enn nabokommunene i noen år.

Ved inngangen til prosjektet fortalte avdelingslederne i pleie- og omsorg at bemannings- og rekrutteringssituasjonen i kommunen har vært forholdsvis bra de seinere år – særlig om man sammenliknet med nabokommunene. På avdelingsledernivå poengterte de fleste imidlertid at dette var en ganske skjør situasjon. Det skulle ikke mange oppsigelser til før man sto i en svært vanskelig situasjon med å finne nye arbeidstakere til fyller kvalifikasjonskravene. At situasjonen ble betraktet som bra ble delvis begrunnet i at man "hadde hatt litt flaks". Underveis i prosjektet oppsto det en periode med noen vakante sykepleierstillinger. I det prosjektet ble avsluttet opplevdes situasjonen innad i helse- og omsorgstjenestene generelt som langt mer stabil enn få år tidligere. På de aller fleste fagområder var alle stillinger besatt.

At hjelpepleierdekning nå betraktes som langt mer stabil henger sammen med at en gruppe av ansatte tok en desentralisert hjelpepleierutdanning som ble arrangert ved KUN i samarbeid med Solhaugen videregående skole i Narvik. Av de andre faggruppene med spesifikke kompetansekrav, ser Steigen ut til å ha hatt en generelt stabil situasjon i hele prosjektperioden. To kommunale stillinger i fysioterapi har vært dekket. 1,5 stilling i psykiatrisk sykepleie har vært dekket. Kommunen har en fødestue med tilhørende 150 % jordmorstilling, fordelt på to personer med slik kompetanse. I løpet av prosjektperioden har én helsesøster vært i utdanningspermisjon i ett år, men uten at man har satt inn vikar i hennes stilling. I denne perioden overtok jordmødrene, som ellers også har et nært samarbeid med helsesøstertjenesten, deler av helsesøsteroppavene.

Et ønske om økt stabilitet i legedekningen var en viktig bakgrunn for at prosjektet ble satt i gang. Kommunelege I har vært en viktig drivkraft i utviklingen av prosjektet, og hadde vært i sin stilling i flere år i det prosjektet ble startet opp. Det er totalt tre kommunale legestillinger i kommunen, og underveis i prosjektet har man opplevd en bedre tilgang på søkere til disse stillingene. Ved prosjektslutt var alle disse stillingene besatt med personell i faste stillinger. I hvilke grad dette har sammenheng med kompetanseprosjektet eller andre forhold, kan likevel være vanskelig å skille ut. For det første, fordi Steigen i løpet av prosjektperioden har utviklet et legevaktsamarbeid med nabokommunene Hamarøy og Tysfjord slik at vaktbelastningene reduseres betydelig (Andersen et.al. 2001). For det andre, fordi

fastlegeordningen kan ha gitt positive virkninger når det gjelder legedekningen i Steigen. Ved Steigentunet opplever man for tiden en større pågang av studenter i praksis og turnuskandidater enn tidligere. Det kan selvsagt diskuteres hvorvidt deres tilstedeværelse er å betrakte som en ressurs eller en belastning. I intervjuene understrekes det at studentene hovedsakelig er å betrakte som en personellmessig – men også faglig – ressurs i denne sammenheng.

Arbeidsmiljøet beskrives av informantene som generelt sett bra. Det betyr ikke at det alltid har vært bra over alt, men at samarbeidsproblemer og konflikter kan se ut til å være forholdsvis begrensede. En så stor omorganisering kunne i utgangspunktet tenkes å skape mye "støy" i organisasjonen, både innad i avdelingene/teamene og på tvers av dem. Dette ser imidlertid ikke ut til å ha skjedd, og kompetanseprosjektet har trolig vært en medvirkende årsak til det. Personalgruppene har blitt satt sammen ut fra interesser og ønsker som kom frem gjennom kompetansekartleggingen tidlig i prosjektet. To bogruppeledere forteller:

A: – Vi var veldig spent på å skulle jobbe sammen med folk vi aldri hadde kjent fra før, men det har gått over all forventning.

B: – Gruppene blei satt sammen med folk fra forskjellige steder helt bevisst. Og det har fungert veldig bra.

Når det gjelder kompetanseutvikling innen egen stab, var ikke satsningen på kurs, videreutdanning, fagkonferanser, eller andre læringsaktiviteter spesielt profilert ved prosjektets start. Inntrykket etter første intervjurunde var at opplæring og kompetanseutvikling i organisasjonen ble drevet ganske tradisjonelt – og på lik linje med det som ser ut til å være det vanlige innen helse- og sosialtjenestene i kommunal sektor (jf. Olsen 2000): Kompetanseutvikling blant de ansatte gikk på sparebluss, var lite profilert og initiativet lå i stor grad hos de ansatte selv. Kanskje aller viktigste var at kompetanseutvikling ikke var institusjonalisert som en nødvendig oppgave de ansatte skulle forholde seg til gjennom arbeidsåret, men noe som skulle skje i tillegg til alt annet. Innsatsen var spredt og i stor grad opp til den enkeltes eget initiativ.

I intervjuene høsten 2000 ga de ansatte uttrykk for at mulighetene til å delta på kurs og drive egen faglig oppdatering var relativt begrenset. Den enkelte kunne spørre/søke om å få midler til å delta på kurs. Midler ble vanligvis brukt til å dekke selve kurskostnadene, mens reise, kost og opphold ble dekket ofte av den enkelte kursdeltaker selv. Ledelsen hadde signalisert at man ønsket at deltakelse på kurs skulle skje utenom vaktene, slik at man ikke behøvde å bruke av vikarbudsjetten. For øvrig hadde man etablert en ordning med at sykepleiere og hjelpepleiere hvert 4. eller 5. år hadde mulighet til å hospitere en uke med lønn ved en institusjon

utenfor kommunen, basert på egne ønsker. Denne avtalen ble først etablert for sykepleierne, men i 1999 ble ordningen utvidet til også å omfatte hjelpepleierne. Vårt inntrykk var at ordningen i liten grad hadde blitt brukt. Blant de ansatte forklarte man dette med at det ikke er manglende vilje fra arbeidsgiver, men heller manglende initiativ hos de ansatte selv.

Nettopp på dette feltet har det skjedd endringer som har klare sammenhenger med kompetanseprosjektet. Spørsmål om kompetanseutvikling og opplæring har gått fra å være et privatisert ansvar hos den enkelte arbeidstaker til å være et lederansvar. En av de ansatte peker på det hun mener der den viktigste forskjellen nå i forhold til for to-tre år siden:

– Det er en mer aktiv holdning til kompetanse hos ledelsen. Nå er det mer sånn at ledelsen kommer og ber oss om å dra på kurs. Før var det vanlig å henge opp et oppslag og at den enkelte søkte om å få dra.

Også på mellomledernivå ser det ut til at man deler denne oppfatningen. I et intervju etter ett år med ny organisering kom vi inn på dette med to av avdelingslederne:

*– Har dere merket endringer i arbeidsgivers holdninger når det gjelder kompetanseutvikling?
– Å ja! Etter at vi kom hit har vi nesten ikke hørt om noe annet enn kompetanse! Vi drar ikke så mye ut på kurs, men har mye internt, for eksempel ved at foredragsholdere leies inn hit.
– Det er hensikten, kan du si... at det skal være interne kurs. Det er en bevisst holdning til heller å ta folk hit, istedenfor å sende 1-2 personer på et kurs et annet sted.. at vi heller lager kurs ut fra hva vi trenger.*

Ut fra dette var det også interessant å se nærmere på hvordan arbeidstakerne opplever endringer når det gjelder faglighet og realisering av egne ferdigheter i arbeidshverdagen. Dette, fordi arbeidsmåtene – spesielt innen sykehjemsdriften – har blitt endret med overflytting til Steigentunet. Dagens fem bogrupper i sykehjemsdelen består av et mindre antall beboere og en mindre personalgruppe tilknyttet hver bogruppe (fire grupper med åtte plasser hver og en gruppe med seks plasser). Den daglige driften er basert på en ordning der personalet gjør det meste av de hverdagslige gjøremål i egen avdeling. Enkel vask, klesvask og matlaging etter det såkalte "kok-kjø!"-prinsippet (maten forberedes i et sentralkjøkken og tilberedes/serveres ved boenheten). De ansatte opplevde at deres fagkompetanse ble utfordret ved at de må ta del i oppgaver de tidligere ikke behøvde å gjøre. I et intervju med en av de tillitsvalgte kom vi inn på dette:

– Det viktige er at vi har fått et mye tettere forhold til beboere. Vi har færre beboere på egen avdeling. Vi har ikke lenger eget vaktrom, og sitter mer sammen med dem. På den måten har vi fått mye bedre kontakt, og man får satt seg bedre inn i situasjonen hos den enkelte.

– Hvordan har holdningen vært til dette blant de ansatte?

– De fleste er positive. Noen av sykepleierne var litt skeptiske til å drive med matlaging og vasking før flytting, og de er nok fortsatt det.

Vårt hovedinntrykk er likevel at de ansatte opplevde en større grad av faglighet i sin arbeidshverdag. Foruten det økte fokus på kompetanse hos ledelsen, ble dette også forklart med at man nå arbeider i et større fagmiljø med økt samarbeid og veiledning på tvers av avdelinger. Dessuten betraktes tilsiget av studenter som en anerkjennelse i den forstand at man har noe faglig å lære bort.

Alt i alt er det vårt inntrykk at det har skjedd tydelige endringer i løpet av prosjektperioden når det gjelder kompetanseutvikling og ansattes opplevde muligheter til faglig utvikling:

- De ansatte opplever at det faglige innholdet i arbeidshverdagen har blitt viktigere. En av de ansatte eksemplifiserer dette med at "Nå er det mer en jobb. Før var man liksom eier av tjue gamle damer."
- Muligheter til å ta del i kurs og organiserte lærings-/utviklingstiltak oppleves som langt større nå enn tidligere, og dette betraktes som positivt blant arbeidstakerne. Endrede holdninger hos ledelsen til anerkjennelse av kompetanseutvikling i organisasjonen har vært viktig, men det har også skjedd en holdningsendring blant de ansatte selv til å betrakte bruk av arbeidstid og felles midler til kompetanseformål som legitimt og nødvendig.
- Det har blitt en mer systematisk tenkning knyttet til organiserte lærings-/utviklingstiltak. Hovedregelen var tidligere at det var opp til arbeidstakernes eget initiativ, mens det nå primært er definert som et lederansvar. På denne måten oppfattes bruken av tid og ressurser på kompetanse som mer helhetlig og i sammenheng med organisasjonens satsningsområder.
- I løpet av prosjektperioden har det dessuten skjedd en dreining fra eksternt til internt organiserte lærings-/utviklingsaktiviteter. Dette henger spesielt sammen med innstalleringen av utstyr til videokonferanser, jevnlig interne fagdager og tilknytningen til RKK Indre Salten (se eget avsnitt, side 28). Spesielt viktig i denne sammenhengen er ordningene med fagdager og kollegaveilednings grupper. (Disse ordningene drøftes i egne avsnitt, side 30 og 31.)

Disse erfaringene og holdningene begynte å gjøre seg gjeldene underveis i prosjektperioden, og allerede en tid før omorganiseringsprosessen i forbindelse med innflytting. Dette var trolig en medvirkende årsak til at overflytting og omorganisering etter forholdene gikk så smertefritt som det gjorde. Kompetansekartlegginger kan lett skape forventninger i organisasjonen – forventninger som ikke alltid kan innfris og som dermed skaper frustrasjon. I dette tilfellet ser det imidlertid ut til at dette har fungert integrerende, fordi de ansatte opplever at de har blitt tatt med på råd og tatt på alvor. Også gjennom fagdage har de forskjellige arbeidstakergruppene fått mulighet til å diskutere sine synspunkter med ledere og kollegaer. På denne måten lyktes prosjektet med å definere eierskap til disse prosessene bredt i organisasjonen.

2.2 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

I det praktiske arbeidet med prosjektet har man på flere måter gjort forsøk med ulike former for interkommunalt samarbeid. I regi av kompetanseprosjektet har det blitt holdt møter mellom helse- og sosiallederne i Steigen og nabokommunene Hamarøy og Tysfjord. Det er også arrangert et interkommunalt lederseminar med fokus på samordning av ulike tjenester. Med noen viktige unntak er den generelle erfaringen at man har kommet kort på dette feltet. Samarbeid på tvers av kommunegrenser oppleves som vanskelig, både på grunn av administrative og politiske skiller. Et skille gjelder ulike former for administrativ praksis kommunene i mellom: hva som besluttet politisk og hva som delegeres til administrativt nivå er ulikt. Dette gjør samarbeidet mer komplisert. Den største utfordringen ser likevel ut til å ligge i det å finne et politisk organ som kan fatte bindende felles beslutninger. På tre områder har man imidlertid gode erfaringer:

Legevaktsamarbeidet er det mest konkrete uttrykket for et samarbeid mellom Tysfjord, Hamarøy og Steigen kommuner på helseområdet. Nord-Salten Legevakt innebærer et kommunalt samarbeid om felles legevakt og akuttmedisinsk beredskap om natten og i helgene. Hensikten har vært å redusere vaktbelastningen for legene og bidra til bedre utnyttelse av ressursene i legetjenestene. Et slikt samarbeid ble sett som viktig fra Helsedepartementets side for at kompetanseprosjektet i det hele tatt skulle komme i stand, og kommunen har derfor hatt et sterkt insitament for å lykkes med legevaktsamarbeidet. Et felles legevaktkontor ble i 2000 etablert på Innhavet, og personalet i de kommunale legestillingene deler på vaktordningene her. Lokalt har legevaktsamarbeidet vært omstridt, både i de tre kommunistyrene og i leserinnlegg i avisene. Mange brukere mener dette er en dårligere ordning enn tidligere, på grunn av lange kjøreavstander. For legenes del, har samarbeidet om en felles legevaktsentral imidlertid medført at belastningen

med helgevakter og bakvakter oppleves som betydelig redusert. At legedekningen har blitt bedre i de tre kommunene synes å ha sammenheng med dette (Andersen et.al. 2001).

Sosialetaten i Steigen, Hamarøy og Tysfjord har drevet et samarbeid på barnevernfeltet. Samarbeidet har vokst frem først og fremst ut fra de ansattes egne behov for faglige nettverk og initiativ, og erfaringene med dette innad i tjenestene beskrives av de ansatte som svært positive. Hovedsakelig har man fungert som veiledere for hverandre i tyngre barnevernssaker, og etablert et faglig nettverk på barnevernfeltet. På lengre sikt ser man også for seg muligheter for å assistere og gå inn i saksbehandling hos hverandre i slike saker.

RKK Indre Salten (Regionalt kompetansekantor Indre Salten) har over en lengre periode vært et interkommunalt samarbeidsorgan for tilrettelegging og arrangement av kurs og opplæring for ansatte innen grunnskole og barnehage. De siste årene – og som et resultat av kompetanseprosjektet – har Steigen deltatt i RKK-samarbeidet også når det gjelder kurs og opplæring av personale inne helse- og sosialtjenestene. RKK Indre Salten er et samarbeid mellom kommunene Beiarn, Fauske, Saltdal, Steigen og Sørfold samt Statens Utdanningskontor i Nordland. Steigen bidrar med rundt 30 000,- kr pr år til å opprettholde denne ordningen, pluss de kurs som gjennomføres i regi av dette samarbeidet. Det anslås at rundt 1/3 av kommunens ansatte årlig deltar i et eller flere arrangement i regi av dette samarbeidet. RKK's oppgaver var opprinnelig knyttet til å arrangere kursvirksomhet rettet mot ansatte i grunnskolene, men etter hvert har også andre sektorer kommet til. kontoret fungerer først og fremst et koordineringsorgan for kurs- og opplæringsaktiviteter i deltakerkommunene, der kommunene melder inn sine behov og RKK gjennomfører de "bestillinger" de får fra medlemskommunene. Hensikten er å samkjøre opplæringstiltak i de ulike kommunene, slik at kursdeltakelse blir billigere og tilbudet bedre enn hva hver enkelt kommune kunne klart på egenhånd. Tendensen i dette samarbeidet har vært mindre kursvirksomhet, og mer over mot nettverkssamarbeid på ulike tema kommunene imellom. Over halvparten av opplæringsbudsjettet helse- og sosialavdelingen i Steigen kjøres gjennom RKK, og erfaringene fra dette samarbeidet betegnes av informantene generelt som gode.

2.3 KOMPETANSEKARTLEGGING

Fra og med april 2000 satte prosjektet i gang med å utvikle de aktivitetene som skulle være en del av kompetansesenteret. Et styringsgruppemøte la vekt på at kartlegging av kompetanse måtte være utgangspunktet for det praktiske arbeidet i

prosjektet. En slik kartlegging ble vurdert som et viktig verktøy for å sikre at arbeidsgiver kunne fordele personell på avdelingen. I denne første fasen av arbeidet vurderte man det som umulig å gjennomføre en kartlegging på individnivå på grunn av knappe tidsrammer. Det viktigste, var likevel å *skaffe til veie noen indikasjoner på kompetansebehov på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå* (statusrapport, 1999–2000). Prosjektteamet gjennomførte intervjuer med alle avdelingslederne innen helse- og sosialsektoren i kommunen sammen med pleie- og omsorgsleder. Dette skjedde våren 2000. Prosjektteamet oppsummerer utfallet av denne kartleggingen med at det er et generelt ønske om å styrke det tverrfaglige samarbeidet, både faglig og organisatorisk.

Våren 2001 gjennomførte pleie- og omsorgsleder – i samarbeid med prosjektteamet – en grundigere kompetansekartlegging i forbindelse med overflytting til Steigentunet. I denne forbindelse ble det lagt vekt på at mer enn de formelle kvalifikasjonene skulle være med i kartleggingen. Man ville ta hensyn til arbeidstakeres egne ønsker og interesser når bemanningskabalene skulle legges på nytt. Dette foregikk gjennom skjemaer som hver enkelt ansatt fylte ut, og personlige samtaler med hver enkelt. Av de involverte beskrives denne kartleggingen som viktig på minst to måter. For det første, fordi ledelsen fikk et tydeligere bilde av hvordan organisasjonen kunne settes sammen på nye måter etter overflytting. For det andre, fordi det medførte en bevisstgjøring på egne faglige og personlige kunnskaper/ferdigheter. I flere tilfeller opplevde man gjennom samtalene at flere aspekter kunne trekkes inn som relevant kompetanse – aspekter som den enkelte ikke betraktet som relevant kompetanse i utgangspunktet. Denne kartleggingen ble også fulgt opp etter overflyttingen til Steigentunet.

Det kan være flere grunner til å stille spørsmål ved hvor vidt en slik skjematisk kartlegging kan gi et dekkende bilde av tilstanden i organisasjonen når det gjelder ønsker og behov for faglig utvikling og læringsaktivitet. Når det gjelder kartleggingens første fase kan det være usikkert hvor godt bilde avdelingsledere har av medarbeidernes kompetanse og behov for faglig utvikling. Hva slags kompetanse er det man kartlegger – noe mer enn formelle kvalifikasjoner? For det andre handler kompetanse på organisasjonsnivå om noe mer enn den enkeltes fag og erfaring – det handler også om evne til å samarbeide og jobbe sammen. Kan dette reflekteres i slike kartlegginger? Et tredje forhold er at denne type kartlegginger lett kan trekke opp urealistiske forventinger som av forskjellige grunner vanskelig kan innfris. Når erfaringene med slik kartlegging har vært forholdsvis gode, skyldes trolig dette at de hadde et helt spesifikt siktemål – nemlig å forberede og danne grunnlag for ny organisering (nye team, nye formelle og uformelle samarbeidsstrukturer). Og kanskje viktigst av alt var at kartleggingen faktisk fikk praktisk betydning og ble fulgt opp med konkret handling.

2.4 FAGDAGER

Siden høsten 2000 har prosjektet jevnlig arrangert såkalte fagdager. Målgruppen har vært alle ansatte i helse- og sosialtjenesten, kommuneledelsen og de tillitsvalgte. Hver fagdag har blitt arrangert som et dagsseminar (samme tema to påfølgende dager for å kunne nå alle, av hensyn til vaktordninger). Hver samling har tatt opp ulike tema, avhengig av hvilke ønsker som har kommet frem på arbeidsplassene.

Som del av forarbeidet med fagdager, var prosjektteamet sammen med pleie- og omsorgsleder på besøk i alle avdelingene. Hensikten var å diskutere hva de planlagte fagdage skulle inneholde, men også å få en bedre kontakt med de ansatte ute i avdelingene og få et innblikk i deres situasjon. Her ønsket man å identifisere de ansattes egne forventninger, ønsker og behov, for slik å legge et best mulig grunnlag for gjennomføring av fagdage. For de fleste ansatte var dette den første konkrete kontakten med kompetanseprosjektet. Forberedelsene til fagdager ser ut til å ha hatt en positiv effekt også når det gjelder opplevelsen av å bli tatt på alvor og tatt med på råd. Til sammen har det blitt gjennomført fem runder med fagdager i løpet av prosjektperioden (hver av to dager). Én i 2000, to i 2001 og to i 2002.

Til den første i rekken av fagdager ble det leid inn en foreleser fra Høgskolen i Harstad. Erfaringene de første fagdage var at man ønsket mer av dette, og gjerne den samme foreleseren tilbake igjen. Etter hvert har denne foreleseren blitt godt kjent med organisasjonen og prosjektet, og dette har også bidratt til å gjøre det lettere å invitere ham tilbake som foreleser på nytt.

Under fagdage ble det fra alle avdelingene signalisert et behov for å diskutere konsekvensene av det kommende Steigentunet. Underveis har flere aspekter ved omorganiseringen blitt betraktet som vanskelige og usikre, sett fra de ansattes side. For det første ble det uttrykt et ønske om å bli sterkere involvert i den pågående omorganiseringsprosessen. Det ble også uttrykt et behov for et større kjennskap avdelinger i mellom før en samlokalisering, og det ble understreket at rutiner for de nye samlokaliserte arbeidsplassene måtte være på plass før flyttingen. Det er interessant å merke seg at kompetanseprosjektet på denne måten kobles tett til omorganiseringen av helse- og sosialtjenestene i kommunen – også av de ansatte i tjenestene.

I den avsluttende intervjurunden er ordningen med fagdager noe av det som de ansatte og ledere på ulike nivåer trekker frem blant de mest positive erfaringer fra kompetanseprosjektet. Dette begrunnes i viktigheten av å treffes på tvers av fag og kunne diskutere problemer og muligheter i måter å jobbe sammen på, det begrunnes i det å få tid og mulighet til å snakke sammen, og i det faktum at både ledere og ansatte treffes på en felles arena. Den største gevinsten av disse dagene har vært å etablere en trygghet blant de ansatte, og tillit og kontakt mellom ansatte og ledere. På denne måten ser det ut til at fagdage har bidratt til å danne en felles forståelse av problemer og utfordringer man står overfor og etablere et grunnlag for tilhørighet i organisasjonen. I følge prosjektteamet, bidro fagdage også til en felles beslutning om hvilke verdier Steigentunet skulle ledes etter og det ble et lagt et grunnlag for å etablere tverrfaglige veiledningsgrupper.

I tillegg til fagdage, som har omfattet alle ansatte og ledere innen helse- og sosialtjenestene, har kompetanseprosjektet også innbudt til enkelte mindre og mer uformelle temadager og temakvelder, med innleide forelesere og temaer som på ulike måter tangerer prosjektets problemstillinger. Disse temadage/kveldene er av et forholdsvis lite omfang, og vil ikke bli behandlet spesifikt videre i evalueringen.

2.5 KOLLEGAVEILEDNING

I vår intervjurunde ved prosjektslutt, er det – i tillegg til fagdage – arbeidet med systematisk kollegaveiledning som de ansatte selv tekker frem som det viktigste konkrete resultatet av kompetanseprosjektet. Våren 2001 deltok 21 ansatte på et kurs i voksenpedagogikk og veiledning i et omfang av 70 timer. Av disse har ni personer tatt en 3-vektsallseksamen i veiledningsarbeid og fortsatt på et videregående femvektalls kurs innen samme emne. Disse kursene er gjennomført av KUN i samarbeid med Kommunal kompetanse.

I etterkant av dette, høsten 2001, tok deltakerne på disse kursene initiativ til å danne to grupper med kollegaveiledning, satt sammen på tvers av fag og posisjon i organisasjonen. Det skal likevel påpekes her at det i all hovedsak er personer med lederoppgaver som deltok her. Mot slutten av prosjektperioden ble det etablert to nye grupper, med større deltakelse fra øvrige ansatte. Deltakere i de nye gruppene har deltatt på et introduksjonskurs i veiledning i regi av kompetanseprosjektet.

Hensikten med gruppene har vært å drive erfaringsutveksling, tverrfaglig samarbeid og refleksjon på tvers av profesjons grenser. I tillegg har målsettingen vært å etablere en arbeidsform som gjør det mulig å kvalitetssikre arbeidet som pågår ved

at samarbeid, evalueringer og refleksjoner gjennomføres på arbeidsplassen. Den måten disse gruppene har fungert på hittil, kan kort beskrives slik: Hver gruppe møtes vanligvis en gang i måneden. Hver gruppe består av rundt ti medlemmer, de aller fleste fra mellomlederstillinger. En av deltakerne leder møtet og styrer ordet. Møteledelse går på rundgang. Blant de temaer møtedeltakerne kommer med til hvert møte velges ett tema som man går inn i og drøfter i fellesskap. Den viktigste forskjellen fra et vanlig møte over kaffekoppen, er selve "spillereglene" for hvordan man snakker sammen. Her går spørsmål og svar på rundgang mellom møtedeltakerne. Spørsmålene er problematiserende, men også løsningsfokusert. Møteleder fungerer som "garantist" for at reglene opprettholdes. Det er problemeieren som selv har ansvaret for å velge blant de råd og løsningsforslag han/hun får, og står fritt til å la være å følge de råd som gis. Medlemmene har taushetsplikt når det gjelder det som diskuteres innad i gruppa.

Blant deltakerne i gruppene understreks det at disse møtene har vært viktig for å etablere et fellesskap og kontakt til andre avdelinger og fagpersonale i andre stillinger. Temaene som tas opp kan være etiske problemstillinger, praktiske ordninger, sosiale forhold, problemer knyttet til arbeidsmiljø, etc. Veiledningsgruppene betraktes som et viktig forum for å kunne ta opp problemer man ofte ville stått alene oppe i ellers. En viktig terskel for samarbeid oppleves å være knappheten på tid. For oss ser det ut til at en viktig side ved disse møtene, er å etablere et legitimt rom for de ansatte til å sette seg ned og diskutere felles og personlige erfaringer og problemstillinger i en hektisk arbeidshverdag. Kollega-veiledningen må også sees i lys av målsettingen om samordning av tjenester.

2.6 SAMORDNING AV TJENESTER

I prosjektbeskrivelsen signaliseres det at en viktig målsetting med prosjektet er å finne fram til *modeller for samordning av helsetjenester på ulike fagområder, profesjoner, sektorer institusjoner, organisasjoner* (s 4). Vi har sett det som et empirisk spørsmål hvordan prosjektet ville operasjonalisere begrepet samordning. I samtaler underveis med prosjektteamet, forstår vi at man opplevde det vanskeligere å konkretisere ambisjonene om samordning av tjenester enn med kompetanseutvikling. Det gis også uttrykk for at man har opplevd det vanskelig å realisere de ideer man innledningsvis hadde, på grunn av faglige og administrative hindringer – hindringer som først og fremst handler om byråkratiske og profesjonsmessige virkemåter. På denne måten har ideene om samordning vist seg å være vanskeligere å omsette til praktisk handling.

Foruten den samordningseffekten som måtte ligge i kollegaveiledningen, har tilnærmingen til samordningen først og fremst skjedd gjennom å fellesmøter med kommunens fagsjefer og mellomledere i regi av prosjektet. I mai 2000 arrangerte prosjektet et møte med alle avdelingslederne i kommunen. Søkelyset ble i denne forbindelse satt på samordning mellom tjenester og hvordan samarbeidsrelasjonene fungerte. Her ble det enighet om å gjennomføre en egen kartlegging av den kompetanse kommunen besitter på samordning av tjenester, for på denne måten å hente ut erfaringer om hvilke metoder som kan være fruktbare for å utvikle bedre tjenester og å utnytte eksisterende kompetanse i kommuneorganisasjonen.

Generelt ser det ut til at resultatene på dette området har vært små og spredt. Det mest konkrete resultatet i denne sammenheng ser ut til å være samarbeid om prosjektvirksomhet – i den grad prosjektarbeid kan betraktes som samordning. Prosjektet *Du Bestemmer* har blitt drevet fra helsesøstertjenesten i Steigen og handler om opplysnings- og holdningsarbeid om seksualitet og ungdom. Prosjektet retter seg mot ungdom i 10. klasse. Dette er et samarbeid mellom helsesøster, skole, barnevern, psykiatrisk sykepleie og ungdoms- og idrettsledere. Prosjektet har blitt kjørt som kurs i regi av helsestasjonen i Steigen, med deltakelse fra relevante målgrupper i Steigen og nabokommunene.

2.7 SAMARBEID MED EKSTERNE INSTITUSJONER

En målsetting for prosjektet har vært å etablere et samarbeid med utdanningsinstitusjoner utenfor kommunen for på denne måten å utvikle desentraliserte studietilbud, legge til rette for å motta praksisstudenter, opparbeide veiledningsnettverk og utnytte eksisterende kompetanse i Steigen bedre. Kommunen er involvert i flere initiativ som berører dette, og som ønskes knyttet til prosjektet.

Ressurskommuneprosjektet er et prosjekt i regi av Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Fokuset i prosjektet er å skape bedre muligheter for fagmiljø/nettverk, faglig utvikling, forskning – og på denne måten øke mulighetene for stabilitet, rekrutteringer og kompetanseutvikling – i stillingene som kommunelger i nordnorske distriktskommuner. Slik tenkes prosjektene også å kunne bidra til å løfte frem distriktsmedisin som et attraktivt karrierevalg for nye leger. Distriktsmedisin har vært en viktig del av den faglige profilen ved instituttet siden oppstart i 1972. Dette henger delvis sammen med bosettingsmønsteret i landsdelen og delvis med at instituttet er avhengig av å ha en godt fungerende allmennlege-tjeneste som arena for undervisning og fagutvikling. I prosjektet har vært å etablere en tettere kobling til noen erfarne og stabile allmennleger i distriktskommuner

gjennom å engasjere disse i 20 % bistilling som universitetslektorer¹. Steigen kommune er én av de til sammen åtte kommunene som deltar i Ressurskommuneprosjektet, og var tilknyttet prosjektet allerede før kommunen søkte midler i forbindelse med det kompetanseprosjektet som evalueres her. Den nære tilknytning kommunelege I hadde til Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø ga dessuten prosjektsøknaden større troverdighet. På det medisinske fagområdet er det, etter vår vurdering, liten tvil om at Steigen har hatt en stor fordel av å delta i ressurskommuneprosjektet. Tilknytningen til universitetsmiljøet i Tromsø ser ut til å ha gjort det mer attraktivt ikke bare for allmennleger, men også for turnuskandidater og studenter i praksis opphold å søke seg til Steigen.

Hjelpepleierutdanning og kompetanseheving i utkantkommuner ble etablert som et kurs ved KUN i samarbeid med Solhaugen videregående skole i Narvik i perioden 1999–2001. Dette er et kurs på videregående-nivå beregnet på voksne elever fra Steigen. Kurset gir en "komprimert" hjelpepleierutdanning med vekt på yrkesteori-delen av. Undervisningen har foregått som ukesamlinger ved KUN. Til sammen 14 personer har tatt denne utdanningen til og med VK2 (tilsvarende treårig utdanningsløp i videregående skole). Initiativet til denne utdanningen var tatt allerede før kompetanseprosjektet kom i stand, men prosjektteamet har sett dette i nær sammenheng med kompetanseprosjektet fordi man har ønsket å vurdere betydningen av slike utdanninger knyttet til rekrutteringsmuligheter i småkommuner.

Desentralisert sykepleierutdanning ved Høgskolen i Bodø har en basisgruppe som møtes til jevnlige samlinger ved KUN. Studiet er et tilbud på delt id (4 år), med undervisningssteder i Rana, Stokmarknes og Bodø. Fra prosjektteamet påpekes det at en av intensjonene med koblingen til sykepleierutdanningen i Bodø har vært å få en bedre utveksling av kompetanse, og å bidra til en sterkere profilering av hva det vil si å arbeide i småkommuner og utkantkommuner. I fagplanene og profileringen av faget ved høgskolen pekes det dog ikke på noen spesiell distriktsfaglig innretning av dette studiet. Ei heller nevnes KUN eller Steigen som samarbeidspartnere. Etter vår vurdering er det lite som tyder på at dette er initiativ kompetanseprosjektet har fått spesielt stort gjennomslag for.

Studenter i praksis har likevel vært et fremtredende trekk ved Steigen kommune etter at Steigentunet er etablert. Forarbeidet med å etablere et desentralisert utdanningstilbud innen sykepleie har trolig hatt en positiv betydning i denne sammenheng. I 2002 har man hatt studenter i sykepleie og vernepleie fra høgskolene i henholdsvis Bodø og Harstad, samt legestudenter fra Universitetet i Tromsø. En av sykepleierne ved Steigentunet har vært ansatt i en ½ stilling ved

¹ En gjennomgang av *Ressurskommuneprosjektet* finnes i Bliksvær og Olsen (2003).

Høgskolen i Bodø for å følge opp sykepleie studentene, selv om studentene først og fremst er knyttet til de ulike avdelingene. Blant de ansatte oppleves det å ha studenter i praksis som motiverende av flere grunner. For det første utgjør studentene en ressurs, både fordi de deltar i det daglige arbeidet i avdelingen og fordi studentene bringer med seg nye ideer og stiller nye spørsmål. For det andre tolkes det faktisk at det kommer studenter til kommunen som en bekreftelse på at man har noe å lære bort – at man besitter kompetanse som er viktig og verdifull. For det tredje, og dette er det spesielt ledelsen for kompetanseprosjektet som vektlegger, gir studentene en mulighet til å markedsføre seg som en fremtidig arbeidsgiver og å vise hva slags arbeidsmuligheter distriktskommuner kan tilby sine ansatte.

2.8 KVINNE- OG LIKESTILLINGSPERSPEKTIVET

Prosjektbeskrivelsen formulerer som en målsetting at man ønsker å ha et kvinne- og likestillingsperspektiv i arbeidet. Målsettingen begrunnes i behovet for at *kvinnens behov og interesser for utdanning, forebyggende helsetilbud og velferdsgoder blir tilgodesett også i en utkantkommune* (s 4). Vi har ansett det som et empirisk spørsmål hvordan prosjektet definerer og operasjonaliserer dette videre. Kvinne- og likestillingsperspektivet ser ut til å ha gått fra å være en målsetning til å bli en *profil* ved prosjektet. Forskjellen er at det ikke er knyttet like klare krav om målbare resultater til en profil, men at profilen skal være et kjennetegn ved prosjektet sett under ett. Prosjektbeskrivelsen konkretiserer ikke videre hva som legges i kvinne- og likestillingsperspektivet, men i statusrapporten 1999–2000 påpekes det at prosjektet ønsker å legge mer arbeid i *Hvordan rekruttere kvinnelige leger til allmennlegetjenesten i distriktene?* (s 12). Det henvises til at et flertall av legestudenter er kvinner, og at de stiller krav til faglige utfordringer og praktisk tilrettelegging av jobben.

Av aktiviteter i prosjektet som relaterer direkte til dette temaet er et arbeidsmøte i regi av prosjektet med fokus på hvordan distriktskommuner kan rekruttere og beholde kvinnelige leger og en temadag med fokus på kommunehelsetjenester og kvinners arbeidssituasjon. Av andre aktiviteter i prosjektet som kan sies å ha en profil av et kjønnsperspektiv, er bl.a. et kurs i turnusplanlegging som har tatt høyde for å se hvilke hensyn legges inn når turnuser planlegges på kvinnedominerte arbeidsplasser. Man har dessuten drøftet spørsmål knyttet til hva det innebærer å være kvinnelig leder på kvinnearbeidsplasser.

Et likestillingsperspektiv må i utgangspunktet kunne tenkes å handle om langt mer enn dette. Innen helsesektoren kan det eksempelvis være interessant å se på mulig-

heter til å finne nye og bedre måter å organisere stillinger og turnuser på med henblikk på å problematisere de mange småstillinger og "grå" ansettelse (jfr Moland 1994). Nettopp disse gruppene er det erfaringsmessig vanskelig å få knyttet til kompetanseutvikling og slik kunne prosjektet ha dobbelt grunn til å trekke inn slike aspekter i sitt arbeid. Vårt inntrykk er at en forholdsvis liten del av den konkrete aktiviteten i prosjektet kan relateres til kjønns- og likestillingsperspektiv. Riktignok ligger det en implisitt kjønnsdimensjon i prosjektets aktiviteter. For eksempel kan kompetansekartleggingen betraktes som en måte å synliggjøre kunnskap og erfaringer hos en kvinnedominert yrkesgruppe – kunnskap som ikke alltid har vært like verdsatt og respektert. Vi mener likevel det er grunn til å spørre hvorfor det synes å ha skjedd en nedtoning av kjønnsperspektivet underveis.

2.9 ORGANISASJONSENDRINGER

At byggingen av Steigentunet og gjennomføringen av kompetanseprosjektet er to forskjellige prosesser, er viktig å forstå for den som vil se hva *prosjektet* handler om. Det faktum at disse to prosessene løper parallelt, har felles aktører og delvis overlappende mål gjør selvsagt at mange av de ansatte ser dette som to sider av samme sak. I mange av intervjuene kategoriserer arbeidstakerne de to prosessene som en og samme ting, og i første fasen av prosjektet var det selve bygget og organisasjonsendringer som sto som det mest konkrete uttrykket for endringene.

I vår siste intervjurunde var spørsmål om læringsmuligheter og kompetanse langt mer konkret for de fleste ansatte. For å forstå hvordan kompetanseprosjektet oppfattes og fortolkes ute i organisasjonen er det viktig å innse at det ses i nær sammenheng med organisatoriske og fysiske endringer i tjenestene. På denne måten har endringene også handlet om noe mer enn bedre opplæringsmuligheter – det har også handlet om nye arbeidsoppgaver, nye krav og forventninger, rasjonaliseringer i avdelingens driftsbudsjett og muligheter for nedbemanning.

Som følge av omorganiseringene drives nå alle tjenester kommunen er pålagt gjennom lov om kommunale helsetjenester fra Steigentunet. I tillegg har ambulansetjenesten, trygdekontor og tannhelsetjeneste tilhold i bygget. På denne måten har man samlet et stort kompetansemiljø under ett tak. På den annen side kan dette likevel innebære en ny faglig deling, siden sosialtjenestene (inkludert barnevern og rusomsorg) ikke har sine kontorlokaler i det samme bygget. Til sammen utgjør ikke sosialavdelingen mer enn tre stillinger, og sett fra deres ståsted har man opplevd en større distanse til kommunens helse- og omsorgstjenester som

følge av omorganisering og flytting. Eksisterende bofellesskapsboliger i Nordfold og barneboliger i Bogøy drives som tidligere.

2.10 ANDRE TILTAK/AKTIVITETER

Kompetanseprosjektet har arrangert flere generelle temakvelder med helsefaglig fokus myntet på egne ansatte og kommunens innbyggere forøvrig. Målsettingen har vært å etablere et forum for utveksling av ideer og refleksjon rundt helsefaglige tema. På denne måten ønsker prosjektet å tilby kunnskap om relevante tema utenfor kommunens opplæringsplan og de bindinger som denne gir. Prosjektet har i denne forbindelse benyttet seg av foredragsholdere både fra egne rekker (kommunelege og fysioterapeut) og enkelte innleide forelesere.

I en firemåneders periode har det også vært engasjert en forsker i medisin i delstilling i prosjektet. Hensikten med engasjementet formuleres i statusrapporten som *å se på mulighetene for å utvikle mulighetene for en biologisk forskningsenhet i Steigen kommune knyttet til kompetansesenteret, Steigentunet og det lokale næringslivet* (statusrapport 1999–2000, s 13). Motivasjonen for dette er prosjektets målsetting om å utvikle spennende fagmiljøer innenfor det helsefaglige feltet – som på sikt kan gjøre kommunen mer attraktiv når det gjelder rekruttering av personell med høy kompetanse. Bakgrunnen for forskerens engasjementstilling var et opphold som turnuslege sommeren 2000, og en idé lokalt om å utvikle forskerens spisskompetanse med de muligheter som finnes lokalt når det gjelder geriatri-forskning. Så vidt vi kjenner til, har det kommet få praktiske/skriftlige resultater ut av dette engasjementet. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved relevansen av – og beslutningen rundt – dette engasjementet, fordi det kan tjene som eksempel på hvordan kompetanseprosjektet har hatt en tendens til å bli "litt av alt".

Prosjektet har dessuten blitt presentert i mange ulike sammenhenger. Prosjektet har blitt omtalt i NRK radio, lokalaviser, fagblad, tidsskrifter og på KUNs hjemmesider. En brosjyre med informasjon om prosjektet ble distribuert til samtlige husstander i Steigen kommune i 2000, og det er sendt ut jevnlig nyhetsbrev til alle husstander i Steigen, Hamarøy og Tysfjord kommuner med info fra prosjektet. I 2001 laget kompetanseprosjektet en egen rekrutterings brosjyre for å markedsføre Steigen kommunene som arbeidsplass overfor mulige arbeidstakere i andre deler av landet.

3 KOMPETANSE MOT UTKANTPROBLEMER – EN MEDISIN SOM VIRKER?

I det forrige kapitlet har vi fokusert på de sidene ved kompetanseprosjektet vi vurderer som de viktigste. I dette kapitlet drøfter vi nærmere de vurderinger vi har gjort av prosjektet underveis og i etterkant. Tre aspekter ved kompetanseprosjektet fremstår etter vår mening som sentrale:

- Kompetanseprosjektet må forstås som kommunal *rekrutteringspolitikk*. Som sådant er kompetanseprosjektet et element i en arbeidsgiver- og personalpolitikk som skal bedre mulighetene for å rekruttere og beholde kompetent fagpersonale i stillingene.
- Prosjektet representerer også en særskilt måte å *organisere* utviklingsarbeidet innenfor helsesektoren på. Dette reiser spørsmål knyttet til prosjektets *drift* i mer generelle former; styring, ledelse og rollefordeling.
- I en videre forstand må prosjektet også forstås som et element i en *generell kommunal utviklingsstrategi*. Prosjektet kan dermed ha en funksjon som overskrider det rent helsefaglige og kompetansemessige.

Kompetanseprosjektet i Steigen må forstås ut fra sitt kontekstuelle utgangspunkt – utvikling av helsetjenester i en geografisk perifer kommune. Vi tar derfor utgangspunkt i hvordan Steigen kommune kan betraktes i denne sammenhengen. Hvilke utfordringer er knyttet til å utvikle helse-, pleie- og omsorgstilbud i periferien generelt – og i Steigen spesielt?

3.1 STEIGEN SOM HELSEPERIFERI

En privatpraktiserende lege i en mellomstor norsk by kommenterte ved en anledning situasjonen med legemangel i distriktkommuner på følgende måte:

- Når du som lege leser stillingsannonser og ser at kommuner presentere seg selv med 'kort vei til skog og mark' eller 'rike muligheter til friluftsliv'... da er varsellampene på med en gang. Da vet du at det er utkantstrøk! Utsagnet illustrer kjernen i prosjektet i Steigen kommune, nemlig å bruke kompetanseutvikling og faglige utviklingsmuligheter som et aktivum for å rekruttere og holde på dyktige fagpersoner. Etter 2 ½ år med kompetanseprosjektet og en større omorganisering

av tjenestene kan vi stoppe opp og spørre: Er kompetanseutvikling mot utkantproblemer en medisin som virker?

Dette spørsmålet er av stor betydning, ikke bare for Steigens egen del, men også for mange andre kommuner som er i en lignende situasjon som Steigen er – eller har vært – i. Fra etterkrigstida og frem til i dag har utviklingen gått i retning av at kommunene blir en stadig viktigere produsent av offentlige velferdsoppgaver, helse-, pleie- og omsorgstjenestene inkludert (se Lyngstad et.al. 1997). Ansvarsområder delegeres gjennom lovverket (eksempelvis lov om kommunale helsetjenester og sosialtjenesteloven), detaljeres gjennom rundskriv og retningslinjer fra departement og direktorat, og kontrolleres/følge opp av fylkesmannen representanter og ulike ombudsordninger. Krav til planer og kommunedelplaner for å utløse statlige midler (i tillegg til rammeoverføringene) har etter hvert vokst frem som en annen mulighet for statlig kontroll av kommunal virksomhet (se Gjertsen og Kleivan 1999).

Kommunesektoren presses på denne måten fra flere ulike hold: Kommunene tildeles stadig flere oppgaver, slik hvpu-reformen og psykiatireformen er eksempler på. Parallelt opplever man et økende krav til kvalitet på de tjenestene som tilbys, både fra innbyggerne og fra statlige tilsynsorgan. Flere meningsmålingsinstitutter tilbyr målinger av brukerfornøydhets med kommunale tjenester. På den annen side har de fleste norske kommuner de senere årene opplevd at de økonomiske mulighetene til å i møtekomme disse kravene har blitt stadig vanskeligere. Mange av de velferdsoppgaver kommunene utøver er typisk personellintensive oppgaver. Det er da også lønnskostnader som utgjør den største utgiftsposten. Samtidig utgjør vanskelighetene med å rekruttere og beholde kvalifisert personell et stadig større problem i mange kommuner, særlig innen helsesektoren. Det er flere grunner til dette.

Rødvei (2000b:32) påpeker at: *Tiden da kommunenes tilgang til den attraktive kompetansen var uproblematisk, er forbi. Arbeidsgiveren må i stedet ut for å konkurrere om arbeidskraften i et kompetansemarked som preges av kresen arbeidskraft og attraktive rivaler.* Tilbud og etterspørsel på kvalifisert personale er komplekse spørsmål, og Rødvei (2000a og 2003) har vist hvordan andelen av økt utdanning i befolkningen også bidrar til at arbeidstakerne stiller andre krav til arbeidet. De arbeidstakergrupper i kommunal sektor som sitter "løsest" i stillingene, er nettopp de med høyere utdanning. Utdanning gir økte muligheter til å skifte jobb hvis betingelsene ikke er gode nok, og kravene til dyktig ledelse, muligheter til faglig utvikling, ansvar og innflytelse i egen arbeidssituasjon fremstår som stadig mer viktig. Rødvei (2000a) sammenligner en rekke grupper av nyutdannendes holdninger til ulike typer arbeidsgivere. Kommunene skårer

generelt lavt når det gjelder attraktivitet som arbeidsgiver på en rekke variabler. Helst sentralt i vurderinger av arbeidsplasser står lønn og muligheter tilfaglig utvikling.

Utkantkommuner ser ut til å være i en relativt sett vanskeligere situasjon enn hva tilfellet er for større bykommuner, både betraktet som bosted og arbeidssted. Små steder representerer tradisjonelt begrensede valg- og karrieremuligheter. Småkommuner fremstår (sett fra arbeidstakeres side) gjerne som mindre attraktive, på grunn av små fagmiljøer, fare for faglig isolasjon og få utviklingsmuligheter. Et eksempel i så måte er (igjen) legene: stort ansvar, mange ulike oppgaver, ofte store reiseavstander, ubehagelige vaktordninger, lite fritid og ordninger med bakvakt. Alternativet for disse kommunene kan være, om man skal nå opp i konkurransen, å skape attraktive organisasjoner gjennom arbeidsgiver- og personalpolitikk.

I den innledende prosjektbeskrivelsen ble det fokusert på at Steigen er en utkantkommune, og at prosjektet ville spille en viktig rolle i å møte de utfordringer man står overfor i denne sammenheng:

Disse reformene kommer i en tid da helse- og sosialtjenesten i mange kommuner allerede forvalter mer enn 40 % av budsjetttrammene, og i en tid der distriktene har stor mangel på fagfolk med høy kompetanse, særlig inne legetjenesten. [...] På bakgrunn av den erkjennelse at det er vanskelig å rekruttere fagfolk (særlig leger) og at det er lite sannsynlig at kommuneøkonomien bedres innenfor dagens system, har behovet for nytenkning, alternative strategier og nye løsninger meldt seg. (Prosjektbeskrivelse, s 7.)

Gjennom intervjuene underveis i prosjektet har vi spurt de ansatte og ledere i helsetjenestene hva Steigens utkantproblem består i. Svarene på dette spørsmålet fordeler seg mellom disse variantene:

- vanskeligheter med rekruttering,
- behovet for å beholde personell,
- status innen profesjoner,
- det lokale arbeidsmarkedet.

En av informantene har selv høyere utdanning og arbeidet i kommunen i flere år. Hun uttrykker en bekymring for problemene med rekruttering, særlig av profesjoner med høyere utdanninger:

– Det er en urban arroganse i det, som går på spesialisering. Det er snart bare spesialisering og teori som er noe verd. Snart er det ikke dyktige

praktikere igjen, fordi teori vurderes høyere og alle skal bli spesialister inne i byen. Nyutdanna leger sier de ikke tør å dra ut i distrikta fordi de er for mye teoretikere.

Flere av de ansatte peker dessuten på holdningsendringer blant nyutdannede – at mange vurderer "det gode livet" som å ligge i byene, og ikke på landsbygda.

Da kompetanseprosjektet startet, hadde man i noen år hatt en ordning med *Brev heimanfra*. Dette var brev som ble sendt ut fra Steigen kommune til ungdom fra bygda som var i ferd med å avslutte utdanning andre steder og som ble minnet på at hjemkommunen også kunne være et aktuelt sted å søke jobb. Selv om man påpekte at man hadde gode erfaringer med å drive denne type oppsøkende virksomhet i rekrutteringsøyemed, eksisterer ikke denne ordningen pr i dag.

3.2 KOMPETANSEPROSJEKTET SOM REKRUTTERINGSVEI

I de neste avsnittene skal vi diskutere nærmere erfaringene med det vi ser som de viktigste aspektene av prosjektet når det gjelder å utvikle en arbeidsgiver- og personalpolitikk som gir bedre muligheter for å rekruttere – og holde på – kompetent fagpersonale i stillingene.

3.2.1 Et større fagmiljø under samme tak

– Sentralisering av tjenestene... det er bra! Før satt vi på hver vår tue. Da mangla vi fullstendig et fagmiljø,

uttrykte en avdelingsleder innen pleie- og omsorgstjenestene da prosjektperioden nærmest seg slutten. Allerede i det vi møtte personalet i tjenestene første gang, var det store forventninger til å komme sammen i et større fagmiljø. Delvis handlet det om at lokale ne, spesielt sykehjemmet, var gamle og upraktiske. Et annet forhold var at mange av de ansatte opplevde tjenestene og de ulike faggruppene som spredt og lite samkjørt. Blant de ansatte så man fram til få et større fagmiljø samlet under ett felles tak. En av de tillitsvalgt mente at:

– Alle tjenestene blir jo samla i samme hus, så det blir nesten et slags "light-sykehus" – det blir et kraftsenter i bygda!

Stilt over for de organisatoriske og fysiske endringene i arbeidsmiljø som på denne måten ville berøre alle ansatte var det heller ikke underlig at vi også fant en viss motstand i organisasjonen i forbindelse med de forestående endringene (jfr Moxness 1981). Kompetanseprosjektet ser ut til å ha fungert som "støtdemper"

nettopp i denne situasjonen. Etter intervjurunden mot slutten av prosjektet var vårt hovedinntrykk at samlingen på mange måter har svart til forventningene. En av hjelpepleierne forteller om forandringene på denne måten:

– Jeg synes det har blitt lettere å jobbe etter at vi kom over på Steigentunet. Det har blitt et bedre fagmiljø. Arbeidet blir ikke så kjedelig når vi kan møtes på andre måter også. Det er viktig at vi blir ivaretatt når vi har en fysisk krevende jobb!

Flere av informantene peker på at det er lettere å få til et samarbeid på grunn av samlokalisering:

– Det er bra å være i ett bygg. Nå ligger for eksempel fødestua i andre etasje, og jordmoras kontor er i første. Før måtte jordmora til Nordfold på fødestua, mens kontoret lå i Leinesfjord. Det gjør det lettere å samarbeide på tvers av profesjonsgrensene, for det er lettere å stikke innom og spørre de andre om noe. Jeg kan gå bortom og spørre legen hvis det er noe.

3.2.2 Bedre muligheter for faglig utvikling?

– Vi er langt unna sykehuset, og har utvikla en kultur på det å ta vare på folk. Vi [i Steigen] må ta vare på oss sjøl. Veien kan være stengt og det kan være umulig for helikopteret å lande,

påpekte en av informantene i vår første intervjurunde. Dette ble trukket frem i et resonnement om at Steigen faktisk har en fordel av å være en utkantkommune, ved at personellet i førstelinjetjenestene får mer faglig utfordrende oppgaver som ellers ville bli sendt videre til 2. linjetjeneste

Etter hvert som prosjektet har pågått har ansatte og ledere på ulike nivåer pekt på økte muligheter til faglig oppdatering og egen faglig utvikling, eksempelvis gjennom bruk av ny teknologi som videokonferanseutstyr og telemedisin. Ved prosjektstart så flere for seg bedre muligheter for å motta studenter, elever, turnuskandidater, etc. – og at disse kunne trekkes aktivt inn for å oppdatere personellet på avgrensede fagområder. Som tidligere vist, har dette på mange måter slått til. Erfaringene blant de ansatte er at det fra arbeidsgiver side har skjedd relativt store endringer når det gjelder spørsmål om kompetanseutviklingstiltak. Mens dette tidligere var noe den enkelte arbeidstaker tok opp ("*før var det vanlig å henge opp et oppslag og at den enkelte søkte om å få dra*"). I dag betraktes dette som en oppgave som tilhører arbeidsgiver ("*nå er det mer sånn at ledelsen kommer og ber oss om å dra på kurs*"). På denne måten har en viktig side ved kompetanseutvikling (faglig oppdatering og utvikling av tjenestene) blitt institusjonalisert som

en del av lederansvaret. I praksis er det funksjonen som kontorleder ved Steigentunet som har denne oppgaven. Kontorlederstillingen er plassert direkte under helse- og sosialsjef.

Selv om anerkjennelse av behov for faglig utvikling oppleves som endret, opplever de ansatte likevel at et annet aspekt ved arbeidet er som før:

- *Opplever du at kompetansen din blir anerkjent og belønna av arbeidsgiver?*
- *Ja, i store taler gjør den det. Men det vises ikke på lønna! Jeg har jobba i Steigen kommune siden 70-tallet. Jeg har vært styrer og avdelingsleder, og nå er jeg boleder. Men jeg kan ikke lønnsforhandles som annet enn sykepleier. Og nå skal det kalles 'arbeidsleder', men jeg synes det høres mer ut som noe man hadde i Kina tidligere [ler]. Til nød kan vi kalles sykepleier I. Bogrupperledere tjener ikke mer enn tilsvarende en begynnerlønn som lærer.*

Blant informantene ble det etterlyst en gjennomgang av lønnsystemet, og en videreutvikling av en overordnet lønnsplan/-plattform.

3.2.3 Faglige nettverk

Et viktig trekk ved fagmiljøet ved Steigentunet slik det fremstår pr i dag, er relasjonene til andre fagmiljøer. Dette gjelder utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer, slik som Universitetet i Tromsø og høgskolene i Bodø og Harstad. En siden ved dette, er at det blir lettere å etablere praksisplasser for studenter under utdanning. Samtidig ser dette nettverket ut til å være basert på personlige relasjoner, og i mindre grad institusjonalisert i form av avtaler mellom institusjonene. At det er personer som er forvaltere av denne type relasjoner, vil trolig være viktig uansett om mer institusjonalisert samarbeid etableres, og utfordringen for organisasjonen vil derfor ligge i å holde på sentrale ressurspersonene i organisasjonen, og legge til rette for at andre personer også kan ta del i deres kontaktnett.

3.2.4 I høyden eller bredden?

Ved starten av prosjektet ble det fra flere hold uttrykt en forhåpning om at mulighetene til kompetanseutvikling i større grad ville omfatte alle ansatte, ikke bare de med høyest utdanning. En tillitsvalgt påpeker nettopp dette:

- *...men det er klart: jeg er skeptisk til det også. Det må for eksempel ikke være for høytflygende eller bare rettes inn mot de høytutdanna. Det må være*

noe å hente for alle arbeidstakere. De må for eksempel like gjerne kjøre kurs i løfteteknikk som kurs for turnuskandidater.

Tidligere studier viser at informanten kan ha rett i sine anelser, siden kompetansemidler har generelt hatt en tendens til å gå til de høyest utdannede i organisasjonen: De som har mest fra før, får ofte enda mer (se f.eks. Larsen et.al. 1997). Vi kan kalle dette *Matteus-prinsippet* (de som har mye får mer). Selv om det også kan ses et visst sprik i målsettinger nettopp her, uttrykkes ambisjonen om kompetanseutvikling bredt i organisasjonen av ledelsen og blant personalet. Også omfanget av brukere under ett tak vil øke som følge av nybyggingen, og dette har blitt trukket frem som gunstig når det gjelder muligheter til å drive forskning. I noen grad kan det se ut til at *Matteus-prinsippet* fortsatt er gjeldende, til tross for ambisjonen i prosjektet.

Når det gjelder de to største enkeltelementene i prosjektet, fagdage og veiledningsgruppene, er det kun fagdage som omfatter alle ansatte. På det tidspunktet vi gjennomførte den avsluttende intervjuundersøkelsen, var det to veiledningsgrupper i drift – ca ti personer i hver gruppe – i all hovedsak mellomledere i ulike avdelinger. Bakgrunnen for dette er at det er disse personene som deltok i de første kursene i veiledningspedagogikk. Dette er ikke nødvendigvis noe som skal klandres i prosjektet, men det understreker at det er en rekke underliggende sosiale mekanismer som tenderer å favorisere høyt utdannede i slike sammenhenger. En av hjelpepleierne sier:

- Kompetanseprosjektet har blitt mer og mer retta mot legene. Og det er jo bra det, for nå har vi jo mange leger her.*
- Opplever du at det er blitt skjevt fordelt?*
- Jeg var veldig interessert i det med undervisningssykehjem, men så synes jeg det tok helt av! At det utvikla seg bort fra det som var tanken i begynnelsen, det vil si å ruste opp hjelpepleiernes kompetanse.*

3.2.5 Rekruttering

Da Steigen startet opp kompetanseprosjektet i 1999, hadde kommunen en vanskelig personalsituasjon på flere fagområder: Tre sykepleierstillinger og en halv helsesøsterstilling var ubesatt. På legesiden var man i en situasjon der det i praksis kun var kommunelege I som var fast i sin stilling. Selv om kommunen på dette tidspunktet var bedre stilt enn flere av nabokommunene, var dette dramatisk nok. Da vi gjennomførte de avsluttende intervjuene hadde kommunen ikke lenger mangel på sykepleiere. På legesiden hadde man fast ansettelse i alle de tre kommunelegestillingene. På de andre fagområdene er det små endringer.

Det er komplekse sammenhenger som påvirker hva slags muligheter en organisasjon har til å rekruttere og beholde kompetent personell, og det er urimelig å føre alle disse endringene tilbake til kompetanseprosjektet. Trolig har omorganiseringen og overgangen til Steigentunet i seg selv påvirket bemannings-situasjonen. Ordningen med felles legevakt for Nord-Salten har trolig virket positivt inn på legedekningen – det samme kan fastlegeordningen har gjort. På den annen side tolker vi det slik at kompetanseprosjektet har bidratt – sammen med disse andre faktorer – til å gjøre Steigen til en mer attraktiv arbeidsgiver.

3.2.6 Mer å gjøre?

Tid oppleves som den største knapphetsfaktoren, både når det gjelder mulighet til å drive kompetanseutvikling i hverdagen og når det gjelder mulighet til å veilede studenter. En av sykepleierne forteller:

– ... men det er en ting altså. Vi har jo tatt inn en del sykepleierstudenter. Problemet er at det ikke blir satt av tid til å veilede dem. Å veilede er noe annet enn jeg hadde trodd. Vi blir ikke frikjøpt til å veilede dem, så det foregår oppe i alt annet. [...] Det er vanskelig å være utilgjengelig når man setter seg ned med studenter. Det er alltid noe som haster. Jeg har prøvd å sette meg ned med studentene. To ganger på rad har jeg blitt ringt opp med noe som haster og måttet avbryte veiledningen. Tredje gangen måtte vi sette oss på et "hemmelig sted" der ingen visste at vi var, sånn at vi fikk fred.

Tiden som viktigste knapphetsfaktor er i tråd med erfaringer fra andre studier av omorganiseringsprosesser i pleie- og omsorgstjenestene (se Rasmussen 1998). Fra pleierne gis det samtidig overveiende uttrykk for at man opplever omorganiseringen som en frigjøring av tid til å vie seg mer til pleiefaglige oppgaver nå. En annen sykepleier sier:

– En ting er å sentralisere, men det å samtidig lage små enheter... det har gitt mer tid til å ta seg av den enkelte og mindre pulverisering av ansvar. Vi blir bedre kjent med beboere.

Tidsknappheten understreker igjen betydningen å institusjonalisere kompetanseutvikling som et lederansvar. Slik legitimeres i større grad bruken av tid til kompetanseformål, også når det gjelder mulighet til å sette av tid til studentveiledning.

3.2.7 Lykkelig som liten?

Vårt inntrykk var at det helse-, pleie- og omsorgsfaglige miljøet i Steigen kommune ved utgangen av prosjektet fremsto som et mer robust fagmiljø enn hva det var ved vår første intervjurunde i 2000. Det må understrekes at det kan være flere andre forhold som også har påvirket dette, men etter vår vurdering har kompetanseprosjektet vært en viktig medvirkende faktor til at man ved prosjektets slutt praktisk talt hadde bemanning i alle stillinger innen helse-, pleie- og omsorgstjenestene.

Et vesentlig element i dette har vært å forankre ansvaret for kompetanseutvikling i staben som et lederansvar. Dette har gitt en større *helhet* og *retning* på det som skjer i læringsøymed, slik at satsningen på kompetanse skjer i forhold til en mer strategisk og overordnet plan. Det har også medført at bruken av tid og ressurser i opplæringsformål fordeles annerledes enn før. Et tredje forhold er at man – også på politisk nivå – har valgt å prioritere kompetansespørsmål i en ellers trang kommuneøkonomi. Samtidig har man funnet frem til noen måter som gjør det billigere å gi kompetanseutviklingstiltak til de ansatte, gjennom å samarbeide med nabokommuner, gjennom å satse på opplæring og fagutvikling internt av og med egne ansatte og gjennom en mer aktiv bruk av videokonferanseutstyr og -forelesninger.

Når fagmiljøet ved prosjektslutt er nesten uten vakante stillinger, har dette skjedd til tross for at kommunen er å betrakte som en utkantkommune i flere betydninger av ordet: det er lang vei til sykehus og lang vei til nærmeste by, spredt bebyggelse, lange avstander og folketallet er lite. Resultatet tyder på at det ikke er kommune-størrelse alene som det kommer an på i denne sammenheng. Det peker på at det er mulig å utvikle levende og robuste fagmiljøer også i utkantkommunene. Spørsmålet blir da hvorvidt dette resultatet skyldes ekstraordinære midler, eller om man kan forvente at dette også videreføres i årene etter prosjektets slutt.

3.3 KOMPETANSEPROSJEKTET SOM ORGANISASJONSFORM

Som tidligere nevnt har prosjektet lyktes med å knytte eksterne ressurser og institusjoner til kompetanseutviklingsarbeidet. Dette har vært en sentral målsetting hele veien. Vi er av den oppfatning at en slik tilnærming til arbeidet både har vært fruktbar og helt nødvendig for å motivere, inspirere og skape legitimitet rundt kompetanseprosjektet. På den annen side kan det settes spørsmålstegn ved om denne vektleggingen har bidratt til å begrense prosjektets "egendynamikk" – altså de aktiviteter som har sitt spesifikke opphav i kompetanseprosjektet. Flere av de prosjektaktivitetene som er knyttet til samarbeid med eksterne ressurser har – slik

vi oppfatter det – ikke blitt initiert av kompetanseprosjektet som sådant, men er "adoptert" inn under prosjektets paraply. Det finnes gode argumenter for at dette har vært fornuftig; i de fleste tilfeller er relevansen av slike sideprosjekter for kompetanseutvikling på helse-, sosial- og omsorgsfeltet åpenbar. Det som imidlertid *kan* betraktes som et problem er at substansen i kompetanseprosjektet i større grad har blitt formet utenfor den lokale konteksten enn det man forutsatte i utgangspunktet – det være seg Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Bodø, eller andre. Det er likevel vanskelig å se at dette har representert et stort problem for kompetanseprosjektet. Utfordringen for prosjektet har vært å sikre en god kobling mellom de "eksterne" aktivitetene og delprosjektene med de mer "lokale" tiltakene, som for eksempel kompetansekartlegging/planlegging, eller temadager og seminarer i regi av lokale krefter. Dette synes å ha blitt løst på en god måte.

Et større problem er kanskje at adopteringen av "randaktiviteter" til en viss grad har bidratt til å gjøre kompetanseprosjektet *utydelig*. I et hvert utviklingsprosjekt av denne typen er det åpenbart viktig å være åpen for at gode ideer dukker opp underveis, og at man har fleksibilitet til å endre kurs etter hvert som man opparbeider seg erfaringer. Samtidig er det av flere hensyn viktig å ikke spre ressurser og oppmerksomhet for vidt. For det første er det et spørsmål om en fornuftig bruk av ressurser; færre og større satsinger kan fort vise seg mer effektivt enn mange små initiativ. I tillegg kan et utydelig prosjekt skape legitimitetsproblemer på sikt. Hvis det oppstår en situasjon hvor det settes spørsmålstejn ved hva prosjektet egentlig handler om, kan prosjektet fort miste støtte og interesse blant sine målgrupper. På et tidlig stadium i prosjektet ble denne problemstillingen reist av oss overfor prosjektteamet, hvor vi påpekte at enkelte initiativ åpnet for at prosjektet kunne bli et "alt mulig"-prosjekt, der det som passer puttes inn². I så måte er det vår vurdering at prosjektet over tid har klart å styrke sitt fokus på hovedmålsettingene, og har dermed også bidratt til å tydeliggjøre prosjektet bedre enn i de tidligste fasene.

Det kan likevel være grunn til å sette spørsmålstejn ved enkelte sider av den organisatoriske forankringen i prosjektet. En bredt sammensatt styringsgruppe har hatt det overordnede ansvaret for prosjektet og ikke Steigen kommune som sådan – som for øvrig har arbeidsgiveransvar og myndighet overfor dem prosjektet først og fremst vil omfatte. Det kan se ut til at styringsgruppa har funnet frem til en funksjon som referansegruppe, mens de strategisk viktige beslutningene i større grad har blitt tatt i arbeidsgruppa. Det kan argumenteres for at en slik løsning nettopp er et uttrykk for at prosjektet har hatt behov for et styre som er nærmere

² For eksempel ble beslutningen om – og diskusjonen rundt – engasjementet av en forsker i et utredningsarbeid for prosjektet, av oss vurdert som lite forankret og lite drøftet i prosjektets arbeidsgruppe.

knyttet til den kommunale organisasjonen. Dette synes imidlertid å ha bidratt til en noe uklar situasjon når det gjelder styringsgruppas funksjon og rolle.

3.3.1 Indremedisin eller til utvortes bruk?

I tillegg til å ha en målsetning om å bringe overførbare resultater, har prosjektet også hatt en indremedisinsk funksjon (for å holde oss til helseterminologien): "Indremedisinen" går ut på å rekruttere og beholde personell, samt videreutvikle og gi faglig påfyll til egne ansatte slik at de opplever sitt eget arbeid meningsfylt og personlig givende. Dessuten har prosjektet fungert som en viktig "støtdemper" for konflikter innad i organisasjonen i den omorganiserings fasen avdelingene har vært gjennom. I hvilken grad prosjektteam og arbeids gruppe har vært seg bevisst denne rollen er vi usikre på. Generelt ser det ut til å ligge en fare i at jo mer aktivitet/ressurser som brukes av prosjektet i "indremedisinsk" sammenheng, desto vanskeligere vil det være å få overførbare resultater av prosjektet.

Den "ytremedisinske" ambisjonen går ut på å høste overførbare erfaringer av de mulighetene kommunen har, med at mange profesjonsgrupper er samlet under samme tak og der utfordringene er annerledes enn i større kommuner med mer spesialisert personell og kort vei til andrelinjetjenesten. Slik kan organisasjonen fungere som et lærested for praktikanter, turnuskandidater, studenter og elever i praksisperioder, samt helsepersonell fra andre kommuner.

Læringsaktivitetene skjer etter vår oppfatning først og fremst gjennom det daglige arbeidet – og ikke kun gjennom klasseromsaktiviteter. Dette gjelder særlig når mange ulike profesjoner er samlet i samme bygg og man i tillegg har målsetninger om å samordne tjenester. Ideer om læring gjennom praksis ser i liten grad ut til å være formulert eksplisitt i prosjektet. I nybygget settes det av lokaler til kompetansesenteret. Prosjektet har i stor grad innrettet sitt fokus mot aktivitetene her. Midtveis i prosjektet var det vårt inntrykk at man bare i liten grad engasjerte seg i tenkningen omkring organiseringen av opplæringsaktiviteter i de nye lokalene. Etter hvert som kompetanseprosjektet har nærmet seg en avslutning, har imidlertid fokuset på denne organiseringen økt. I praksis kan det argumenteres for at kompetanseprosjektet har lagt opp til læring *både* gjennom det daglige arbeidet (kollegaveiledning kan være et eksempel på dette) og i "klasserommet" (for eksempel fagdage). Dette må etter vår oppfatning betraktes som en fornuftig strategi. Man kan imidlertid sette et spørsmålstejn ved vektleggingen mellom disse tilnærmingene, i alle fall hvis man tar kompetanseprosjektets potensielle overføringsverdi i betraktning. Fagdage/seminarene må etter vår oppfatning sies å være høyt profilert, relativt sett. Vi er også av den oppfatning at fagdagens funksjon langt på vei har vært av "indremedisinsk" karakter. Samtidig som en slik

vektlegging er forståelig – og i Steigens tilfelle sannsynligvis helt nødvendig – er det ikke gitt at dette har en stor overføringsverdi eller representerer noen unik form for "modell". At det er nødvendig å tenke på det sosiale "limet" i en situasjon preget av omfattende omorganisering er neppe noen overraskelse. Men ut over dette poenget refererer disse aktivitetene i prosjektet først og fremst til Steigens spesifikke forutsetninger og unike situasjon. Vi vil ikke se bort i fra at andre kommuner vil betrakte disse erfaringene med interesse, men disse representerer neppe noen direkte overførbar "mal" eller "modell".

3.3.2 Rollefordeling

Ansvar for selve prosjektdriften ble lagt utenfor organisasjonen, nærmere bestemt til et prosjektteam ved KUN. Fordelene ved dette for kommunen har trolig vært flere: organisasjonen har kunnet konsentrere seg om sine oppgaver, og prosjektet har kunnet jobbe ut en plattform for sitt arbeid (noe som trolig var viktig i startfasen av prosjektet). På den annen side ser overføringen av ansvaret for prosjektdrift til KUN ut til å "fritatt" helse- og sosialleder for å ta prosjektansvar. Dette har etter vår vurdering vært uheldig. Når prosjektet ikke er definert som et lederansvar, har prosjektet ikke hatt den nødvendige legitimitet til å gå inn i – og ta del i – de faglige utfordringer, problemstillinger og agendaer på den enkelte arbeidsplass. Slik ser det ut til at prosjektet i noen grad har slitt med å ha en posisjon "på utsiden" av organisasjonen. Dette gjaldt spesielt i den første fasen, og i noen grad ser dette ut til å ha blitt avhjulpet ved at pleie- og omsorgsleder ble engasjert i prosjektet i 20 % stilling (høst 2000). Dette engasjementet knyttet prosjektet tettere opp mot pleie- og omsorgsavdelingen som utgjør den største andelen av helse- og sosialavdelingen i antall stillinger. Vi er likevel usikre på om dette har medført redusert kontakt til de øvrige avdelingene. Prosjektets løse tilknytning til organisasjonens daglige virksomhet blir tydeligere når vi tar i betraktning at helse- og sosialleder har hatt en viss distanse til prosjektet. Dette ser ut til å ha begrenset prosjektteamets mulighet til å komme i aktiv dialog med de ansatte og de problemstillinger de står oppe i – spesielt i den første fasen av prosjektet.

3.4 KOMPETANSEPROSJEKTET SOM KOMMUNAL UTVIKLING

Som nevnt innledningsvis kan kompetanseprosjektet i Steigen fortolkes som et forsøk på å skape seg et større frirom til å håndtere nye utfordringer og krav som kommunesektoren stilles overfor – ikke minst på helse- og sosialfeltet. Kombinasjonen av en problematisk kommuneøkonomi og statlige reformkrav stiller mange kommuner overfor vanskelige utfordringer og tilpasningsvalg. Man kan tenke seg

ulike måter å tilpasse seg en slik situasjon på; kommunen kan lojalt følge opp nye reformer – enten fordi kommuneøkonomien har nok "slakk" til å takle dette, eller ved betydelige omprioriteringer innenfor eksisterende rammer – eller kommunen kan velge en mer passiv rolle ved å kun å realisere minimumsløsninger og "melde seg ut" av den statlige reformiveren så lenge det lar seg gjøre. En tredje tilpasning, som kanskje er mer nærliggende for å beskrive Steigen og kompetanseprosjektets funksjon, er å innta rollen som *utvikler*. Ved å aktivt søke eksternt støtte om gode ideer og prosjekter kan man etablere et buffer mot nye utfordringer som mange kommuner – ikke minst små distriktskommuner som Steigen – stilles overfor. Kompetanseprosjektet kan dermed betraktes som et uttrykk for at kommunen forsøker å tilnærme seg en slik utviklerrolle – gjennom prosjektmakeri (uten at dette behøver å tolkes opportunistisk eller gis en negativ klang). Å innta en slik utviklerrolle vil som regel være knyttet til det å utvikle langsiktige og helhetlige strategier for lokalsamfunnet; enten gjennom en tradisjonell form for kommuneplanarbeid, eller gjennom nettverksbygging med andre lokale samarbeidspartnere. Som Finstad og Aarsæther påpeker (2003:21) vil det i noen tilfeller være "[...] nesten vanntette skott mellom utviklingsinnsatsen og tjenesteproduksjonen, mens andre kommuner prøver å integrere tjenesteyting og utviklingsinnsats". I så måte tror vi Steigen kommune har valgt en fornuftig tilpasning, hvor kompetanseprosjektet nettopp kan være et eksempel på en integrering av samfunnsutvikling og tjenesteyting. Men det reiser samtidig spørsmål knyttet til en sentral målsetting i kompetanseprosjektet – nemlig å skulle være en "modell" med overføringsverdi til andre kommuner.

I denne sammenhengen kan det hevdes at det mest interessante aspektet ved kompetanseprosjektet faktisk ikke er hvilke organisatoriske grep som prosjektet har klart å utvikle, men snarere hvilke faktorer som bidro til at kompetanseprosjektet i det hele tatt ble realisert. Hvis realiseringen av kompetanseprosjektet i seg selv betraktes som det interessante ved kommunes tilpasningsevne, er det kanskje denne "initieringskompetansen" som først og fremst har overføringsverdi. Det vil neppe være en drøy påstand å hevde at slik kompetanse ikke er likt fordelt mellom kommuner som det vil være naturlig å sammenligne Steigen med. Derfor tror vi også at en "Steigenmodell" ikke uten videre lar seg implementere i andre kommuner. I mange tilfeller vil en oppfølging av Steigens prosjektarbeid nettopp kreve at det foreligger en slik grunnleggende kompetanse i å initiere og drive den typen utviklingsarbeid som det er snakk om her. Selv om mange distriktskommuner ytre sett deler mange av de karakteristika som kjennetegner Steigen – det være seg geografi, befolkningsutvikling, kommuneøkonomi, rekrutteringsproblemer og kompetansebehov – vil altså de lokale forutsetningene for å drive slike prosjekter variere. I så måte framstår Steigen som en relativt driftig kommune med mange aktiviteter, ikke minst knyttet til kompetansen på KUN. Når man tar

sikte på en spredning av de erfaringene kompetanseprosjektet har gitt, det være seg av Steigen kommune, KUN, departementer eller andre myndigheter, bør dette være et forhold som tillegges betydelig vekt.

3.5 OPPFYLLES MÅLSETTINGENE?

I dette avsnittet skal vi kort oppsummere våre inntrykk fra gjennomføringen av prosjektet, sett i forhold til de målsettinger som ble satt opp i kommunens egen prosjektbeskrivelse.

Punkt 1: Etablere et utviklings- og kunnskapscenter med tverrfaglig miljø

Denne målsettingen er knyttet til å utvikle et senter som kombinerer praktisk helse- og omsorgsarbeid med forskning, undervisning og veiledningsrelaterte oppgaver knyttet til ulike utdanningsinstitusjoner. Etter vår vurdering har prosjektet lyktes med å etablere et arbeidsmiljø der faglig utvikling og kompetanse er en fremtredende del av den daglige virksomheten. På dette feltet har det skjedd en stor endring i forhold til hva som var situasjonen ved prosjektstart. Det er skilt ut et eget møterom for opplærings-/kursaktiviteter. Rommet har utstyr for videoforelesninger, kurs- og gruppearbeid. Steigentunet er knyttet til et nasjonalt IKT-nettverk der ansatte kan kobles seg opp til en rekke forelesninger som til enhver tid overføres elektronisk. Det er etablert veilednings-/diskusjonsgrupper med deltakere fra ulike profesjoner. Gruppene møtes jevnlig og arbeider med ulike temaer ut fra en bestemt metodikk. Bruk av tid og penger på opplæring og faglig utvikling betraktes i langt større grad som legitimt og nødvendig av ledere og ansatte – selv om det også innebærer at noen oppgaver i perioder fordeles på færre personer mens en kollega er fraværende på grunn av kurs, opplæring, kollegaveiledning, e.l. Ved Steigentunet har man tatt på seg ansvar for veiledning av et forholdsvis stort antall studenter i hospitering/praksis fra ulike profesjonsutdanninger ved høyskoler og universitet. Steigen kommune er én av i alt sju såkalte ressurskommuner tilknyttet Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, og legene har veiledningsansvar for studenter i allmennlegepraksis. På jevnlig fagdager møtes alle ansatte inne helse- og sosialtjenestene og diskuterer felles anliggender. Gjennom dette har man utviklet et arbeidsmiljø som har gjort det lettere å samarbeide og søke råd på tvers av avdelinger og profesjonsgrensener. De ansatte opplever større muligheter for å ta initiativ til å utvikle egne prosjekter. Aller viktigst er likevel endringene når det gjelder spørsmål om ansattes faglige utvikling, faglig oppdatering og kompetanseutvikling. Ansvaret for dette er lagt til kontorlederstillingen ved Steigentunet. Kompetanseutviklende tiltak har fått et langt større fokus som del av den daglige virksomheten i avdelingene gjennom dette.

Punkt 2: Utvikle overførbare modeller for samordning av helsetjenesten

Den andre målsettingen ifølge prosjektbeskrivelsen var å *utvikle modeller for samordning av helsetjenesten med ulike fagområder, profesjoner, sektorer, institusjoner, organisasjoner*. Etter vår vurdering er de beste erfaringene på dette området det som har skjedd innad på Steigentunet. På enkelte saksområder har man også fått til samarbeid mellom helsetjenestene og andre sektorer internt i kommunen. Når det gjelder interkommunalt samarbeid har man gode resultater gjennom to tilgrensende prosjekter. Steigen har et interkommunalt samarbeid med Tysfjord og Hamarøy om felles legevaktjeneste. Dessuten deltar Steigen i et samarbeid om opplæring/kurs sammen med kommuner i Indre Salten (RKK-samarbeidet). Legevaktsamarbeidet og RKK-samarbeidet er ikke et resultat av kompetanseprosjektet og er derfor ikke en del av denne evalueringen. Det som har foregått i prosjektet har bakgrunn i spesifikke, lokale forhold i Steigen kommune. Prosjektet har bidratt til lokale løsninger på lokale behov. I kommunen finnes også et fagmiljø ved KUN som har erfaring med å drive prosjektarbeid. Vi stiller derfor spørsmål til ideen om å utvikle modeller som uten videre kan overføres til andre kommuner.

Punkt 3: Utvikle og utprøve modeller for systematisk kompetanseoppbygging

I prosjektbeskrivelsen er dette punktet utdypet å *finne metoder og organiseringsformer som utnytter den fagkompetansen som er tilgjengelig*. Prosjektet har lyktes med å plassere kompetanseutvikling på dagsorden som en del av den daglige virksomheten ved Steigentunet. Man har tatt i bruk nye måter å drive faglig utvikling på, og det har skjedd endringer i holdninger til denne type spørsmål i organisasjonen som følge av prosjektet. Ansvar for kompetanseutvikling er definert som et lederansvar og del av det strategiske utviklingsarbeidet i organisasjonen. I mye av det som har skjedd på dette feltet kan Steigen utvilsomt være inspirator og veiviser for andre kommuner. Vi er likevel skeptiske til bruken av begrepet modell i denne sammenheng, siden prosjektvirksomheten springer ut av en helt spesifikk lokal kontekst.

Punkt 4: Utvikle samarbeid med etablerte utdanningsinstitusjoner

I prosjektbeskrivelsen utdypes dette punktet som å *utvikle desentraliserte utdanningstilbud, [...] tilrettelegge for praksisstudenter [...] samt opparbeide veiledningsnettverk på tvers av sektorer og kommunegrenser*. I løpet av prosjektperioden er det etablert samarbeidsrelasjoner med flere helsefaglige utdanningsinstitusjoner. Da kommunen startet prosjektet var KUN allerede i gang med en desentralisert utdanning innen hjelpepleierutdanning i samarbeid med Solhaugen videregående skole, Narvik. KUN har i løpet av prosjektperioden vært vertskap for et desentralisert utdanningsløp for sykepleierstudenter tilknyttet

Høgskolen i Bodø. På legesiden har kommunen tilknytning til Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø som en ressurskommune. I prosjektets siste driftsår opplevde man en stor pågang av studenter i praksisopphold på grunn av tettere koblinger til høgskoler og universitet. Etter vår vurdering har kompetanseprosjektet hatt stor betydning for å kunne utvikle denne type samarbeid.

Punkt 5: Kvinne- og likestillingsperspektiv

I prosjektbeskrivelsen er dette punktet utdypet i *at kvinners behov og interesser for utdanning, forebyggende helsetilbud og velferdsgoder blir tilgodesett*. Gjennom prosjektet har dette punktet gått fra å være en målsetting til en profil ved prosjektet. I prosjektets regi ble det arrangert en temadag for ansatte knyttet til kvinners arbeidssituasjon i kommunehelsetjenesten. Det har også vært et arbeidsmøte mellom prosjektteamet og representanter for kvinnelige leger i distriktspraksis for å finne fram til måter å rekruttere og beholde kvinnelige leger i stillingene. Kompetanseutvikling i en kvinnedominert sektor kan i seg selv sies å innebære et likestillingsaspekt. Ut fra intervjuer med ansatte er vårt inntrykk likevel at kvinne- og likestillingsperspektivet har blitt gjort mindre eksplisitt og tydelig enn hva man la opp til i første fase av prosjektet. Vi tolker dette som at det har handlet om at man har måttet prioritere mellom flere ulike målsettinger underveis i prosjektet.

Punkt 6: Utarbeide plan for varig drift av senteret

Det sjettede punktet i de innledende målsettingene ble formulert som: *Prosjektet skal legge grunnlag for og fremme en plan for varig drift av senteret som et fagmiljø som er utviklingsorientert og nytenkende innenfor realistiske rammer etter 2002*. Dette har i praksis blitt oversatt til at den varige driften av kompetansesenteret skal finansieres av eksterne midler, slik at senteret må ha andre finansieringskilder enn det kommunale driftsbudsjettet eller opplæringsbudsjettet. Dette innebærer at kompetansesenteret på en eller annen måte har behov for å selge opplæringsaktiviteter for å finansiere videre drift. Dette kan for eksempel tenkes skje gjennom å operere som kursarrangør, selge hospitant-/studentplasser, etc. En annen mulighet er å betrakte kompetansesenteret som et mer permanent verksted for den type prosjektmakeri som kompetanseprosjektet selv springer ut av. Mot slutten av prosjektperioden ble det arbeidet med å få på plass samarbeidsavtaler med utdannings- og opplæringsinstitusjoner. Noen avtaler er mer eller mindre på plass, mens andre er svært usikre. Denne prosessen kom sent i gang, og grunnene til dette kan være flere. For det første har det tatt tid å etablere en organisasjon som kunne fremstå som attraktiv samarbeidspartner/praksissted. For det andre kan denne typen avtaler være vanskelige å få på plass. For det tredje har kanskje innsatsen på dette området kommet i skyggen av den øvrige aktiviteten i prosjektet. Samarbeidsavtalene var også tenkt å sikre en finansiering av den videre driften av senteret.

Denne prosessen var kun påbegynt da prosjektperioden var over, og det forelå derfor ingen plan for permanent drift eller finansiering av et kompetansesenter.

4 REFERANSER

- Andersen, Fred, Anders Forsdahl, Odd Herder og Ivar J. Aaraas (2001) "Legemangelen i distriktene – nordnorske funn, nasjonale utfordringer". Tidsskrift for Den norske Lægeforening, nr 23, s 2732-5.
- Bliksvær, Trond og Terje Olsen (2003) Gøy på landet? Evaluering av en strategisk satsning for å stabilisere legesituasjonen i nordnorske distriktskommuner. Arbeidsnotat 1015/2003. Bodø: Nordlandsforskning.
- Cook, Scott D.N. og Dvora Yanow (1996) "Culture and Organizational Learning". I Cohen og. Sproull (red.) *Organizational Learning*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Finstad, Nils og Nils Aarsæther (2003): "Utviklingskommunen". I: Finstad og Aarsæther (red.): *Utviklingskommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Fygle, Svein (1991) *Steigen bygdebok*. 3. bind. Leinesfjord: Steigen kommune.
- Gjertsen, Arild (2003): "Ikke-planlegging som planstrategi – statlig standardisering og lokalt handlingsrom". I: Finstad og Aarsæther (red.): *Utviklingskommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Gjertsen, Arild og Brita Kleivan (1999) *Kommuneplanlegging og planveiledning i Nordland. En kartlegging av planaktiviteter og veiledningbehov*. NF-rapport 12/99. Bodø: Nordlandsforskning.
- Larsen, K.A., T. Nyseth og K. Vrålstad (1997) *Kompetanseheving i kommunesektoren*. Rapport 10/1997. Bodø: Nordlandsforskning.
- Lyngstad, Rolf, Anne Marie Støkken og Willy Lichtwarck (red.) *Kommunen som velferdsyter*. Oslo : Universitetsforlaget.
- Moland, L.E. (1994) *De små grå – deltidsarbeid og ansettelsesformer i kommunene*. Oslo: Fafo.
- Moxnes, Paul (1981) *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Oslo: Institutt for sosialvitenskap.
- Nordhaug, Odd (1993) *Human Capital in Organizations – Competence, Training, and Learning*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Olsen, Terje (2000) *Kompetanseutvikling i kommunene*. Rapport 10/2000. Bodø: Nordlandsforskning.
- Rasmussen, Bente (1998) "Bedre jobber og mer å gjøre? Desentralisering og kvalifikasjoner i tjenesteyting". *Sosiologi i dag*, nr 3, s 85-108.

- Rødvei, P.H. (2000a) *Kommunene og den kompetente arbeidskraften – gjennomtrekk og rekruttering i et organisatorisk og demografisk perspektiv*. Rapport 11/2000. Bodø: Nordlandsforskning.
- Rødvei, P.H. (2000b) "Kampen om den kompetente arbeidskraften". I Dahl, Finstad og Opdahl Mo (red) *Tid for forandring. Arbeidsgiverpolitikk i kommunesektoren*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Rødvei, P.H. (2003) "Arbeidsgiverpolitikk mellom byråkrati og individualisering". I Finstad og Aarsæther (red.): *Utviklingskommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Røiseland, Asbjørn (1999) Evalueringsopplegg for prosjektet "Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingscenter". Notat, Nordlandsforskning, 9. juni 1999.
- Steigen kommune (1999) "Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingscenter" Utviklingsprosjekt 1999-2002. Prosjektbeskrivelse.
- Steigen kommune (2000) "Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingscenter" Statusrapport 1999-2000.
- Steigen kommune (2001) "Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingscenter" Statusrapport 2001.
- Steigen kommune (2002) "Kommunehelsetjeneste og tjenesteyting i utkantkommuner – kunnskaps- og utviklingscenter" Statusrapport 2002.
- St.meld. nr. 42 (1997-98) Kompetansereformen. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Weick, Karl. E. og Frances Westley (1996) "Organizational Learning: Affirming an Oxymoron". I: Clegg, Hardy og Nord (red.) *Handbook of Organization Studies*. London: Sage.